



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών Υγείας
Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Γνώσεις και Στάσεις των Εκπαιδευτικών για τη Διαταραχή Ελλειμματικής
Προσοχής Υπερκινητικότητας: Συσχέτιση με τη λειτουργία ψυχοπαιδαγωγικής
υπηρεσίας εντός του σχολείου»**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Σοφία Μουτζούρη (Α.Μ. 20160607)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : Γιαννοπούλου Ιωάννα, Επίκουρη Καθηγήτρια
Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γιαννοπούλου Ιωάννα, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Παπανικολάου Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΜΕΡΟΣ Α' - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	
1.1. Επιδημιολογία.....	12
1.2. Αιτιοπαθογένεια.....	13
1.3. Αναπτυξιακή πορεία της ΔΕΠΥ.....	14
1.4. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΕΠΥ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
2.1. Τα νευροψυχολογικό προφίλ της ΔΕΠΥ.....	18
2.2. Το κοινωνικο-συναισθηματικό προφίλ των μαθητών με ΔΕΠΥ στο σχολικό πλαίσιο.....	19
2.3. Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις.....	20
2.4. Παροχή ψυχολογικών συμβουλευτικών –ψυχολογικών υπηρεσιών στο ελληνικό σχολείο.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΓΝΩΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ, ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΕΠΥ:ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
3.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων γνώσεις, πεποιθήσεις και στάσεις.....	23
3.2. Αντιλήψεις και γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ διεθνώς: βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	24
3.3. Αντιλήψεις και γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ στον ελλαδικό χώρο.....	28

ΜΕΡΟΣ Β' - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Σκοπός, ερευνητικές υποθέσεις, ερωτήματα.....	33
4.2. Ταυτότητα της έρευνας.....	34
4.3. Δείγμα.....	34
4.4. Μέσα συλλογής δεδομένων.....	34
4.5. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	36
4.6. Στατιστική Ανάλυση.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	38
5.2. Διδακτική εμπειρία σε μαθητές με ΔΕΠΥ.....	38
5.3. Πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ.....	41
5.4. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων.....	43
5.4.1. Σύγκριση ομάδων στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Πεποιθήσεων σχετικά με τη ΔΕΠΥ.....	46
5.4.2. Πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή.....	46
5.4.3. Πεποίθηση των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συμπερίληψη των μαθητών με ΔΕΠΥ στη Γενική Εκπαίδευση.....	48
5.4.4. Πεποίθηση των εκπαιδευτικών σχετικά με το νοητικό δυναμικό των παιδιών με ΔΕΠΥ.....	49
5.5. Γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠΥ.....	50
5.5.1. Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο γνώσεων ADHD-KQ στο συνολικό δείγμα.....	50
5.5.2. Σύγκριση ομάδων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων ADHD-KQ.....	54
5.5.3. Συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών των γνώσεων και των πεποιθήσεων.....	56
5.5.4. Συσχέτιση της βαθμολογίας των πεποιθήσεων με το επίπεδο γνώσεων για τη ΔΕΠΥ, τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	57

5.5.5.Συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων με δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	62
6.1 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	67
6.2 Συμπεράσματα.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
Παράρτημα Α. Συνοδευτική Επιστολή Ερωτηματολογίου.....	85
Παράρτημα Β. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών.....	86
Παράρτημα Γ. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠΥ (ADHD-KQ)....	89
Παράρτημα Δ. Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων για τη ΔΕΠΥ.....	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	
Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	39
Πίνακας 2. Διδακτική εμπειρία σε μαθητές με ΔΕΠΥ.....	40
Πίνακας 3.Πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ στο συνολικό δείγμα....	42
Πίνακας 4.Παραγοντική ανάλυση της κλίμακας πεποιθήσεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠΥ.....	45
Πίνακας 5.Μέσος όρος και τυπικές αποκλίσεις μετρήσεων των υποκλιμάκων της Κλίμακας Πεποιθήσεων των Εκπαιδευτικών.....	46
Πίνακας 6. Γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ στο συνολικό δείγμα.....	51
Πίνακας 7.Μέση τιμή και τυπικές αποκλίσεις μετρήσεων της συνολικής γνώσης των υποκλιμάκων των γνώσεων.....	55

Πίνακας 8. Δείκτες συνάφειας Pearson μεταξύ των γνώσεων και των πεποιθήσεων.....	56
Πίνακας 9. Συνολική βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους χαρακτηριστικά.....	57
Πίνακας 10. Βαθμολογία πεποιθήσεων και έτη εκπαιδευτικής εμπειρίας.....	58
Πίνακας 11. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των πεποιθήσεων.....	59
Πίνακας 12. Βαθμολογία των γνώσεων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Ποσοστά των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στην ερώτηση «Όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να παίρνουν φάρμακα (%) ανά σχολείο».....	47
Γράφημα 2. Ποσοστά των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στην ερώτηση «Οι πληροφορίες στο διαδίκτυο με κάνουν επιφυλακτικό για τη χορήγηση φαρμάκων ανά σχολείο».....	48
Γράφημα 3. Ποσοστά των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στην ερώτηση «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να διδάσκονται από ειδικούς ειδικής αγωγής».....	49
Γράφημα 4. Ποσοστά των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στην ερώτηση «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι συνήθως πιο έξυπνα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ».....	50
Γράφημα 5. Ποσοστά των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στην ερώτηση «Η ΔΕΠΥ ανήκει στην κατηγορία των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες».....	54
Γράφημα 6. Επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ.	55

Ευχαριστίες

Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία σηματοδοτεί την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα « Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων». Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα μου, κυρία Ιωάννα Γιαννοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής του ΕΚΠΑ η οποία από την πρώτη στιγμή επέδειξε εμπιστοσύνη στο πρόσωπό μου και δέχθηκε με χαρά να συνεργαστούμε για την εκπόνηση αυτής της εργασίας. Οι συμβουλές, που μου παρείχε σε όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας και η ηθική της συμπαράσταση ήταν πολύτιμης αξίας.

Ευχαριστώ τον διευθυντή του Μεταπτυχιακού προγράμματος, Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής κ. Κολαΐτη Γεράσιμο για την ευκαιρία που μου έδωσε, να εργαστώ πάνω στο αντικείμενο που εργάζομαι και αγαπώ.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω τις ευχαριστίες μου σε όλα εκείνα τα πρόσωπα, που συμμετείχαν στην έρευνα και κυρίως τους διευθυντές των σχολείων που εργάζομαι, καθώς και τους συναδέλφους εκπαιδευτικούς.

Ευχαριστώ τους γονείς μου οι οποίοι με στήριζαν ηθικά και υλικά από την αρχή των σπουδών μου μέχρι και σήμερα αφιερώνοντας αυτή την προσπάθεια μου, στον αγαπημένο μου παππού που έφυγε πρόσφατα από τη ζωή.

Τέλος, ευχαριστώ το αγαπημένο μου γιο, Γιώργο για την υπομονή του και τον χρόνο που μου παραχώρησε προκειμένου να ολοκληρώσω αυτό το πόνημα.

Σοφία Μουτζούρη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας που συνήθως διαγιγνώσκεται με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, καθώς οι αυξημένες απαιτήσεις για προσαρμογή σε ένα δομημένο πλαίσιο με σαφείς κανόνες καθιστούν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα) πιο εμφανή και δυσλειτουργικά. Προκειμένου οι εκπαιδευτικοί να ανταποκριθούν στις ανάγκες ενός μαθητή με ΔΕΠΥ πρέπει να έχουν ακριβή πληροφόρηση για τη διαταραχή. Διεθνείς και ελάχιστες ελληνικές μελέτες μέχρι σήμερα που έχουν διερευνήσει τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ έχουν επισημάνει ελλείψεις και εσφαλμένες αντιλήψεις, ειδικά όσον αφορά στην αιτιοπαθογένεια της διαταραχής και την αντιμετώπισή της. Παρά το αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον για τη ΔΕΠΥ και τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών που εμφανίζουν τη διαταραχή δεν υπάρχουν έρευνες που να διερευνούν εάν οι γνώσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών διαφοροποιούνται ανάλογα με τη λειτουργία ή μη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας εντός της σχολικής μονάδας.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να μελετήσει εάν η λειτουργία ή μη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας εντός του σχολείου επηρεάζει το επίπεδο γνώσης και τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ και πώς αυτές σχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία) και τη διδακτική εμπειρία (χρόνος προϋπηρεσίας, διδασκαλία μαθητή/-ων με ΔΕΠΥ, επιμόρφωση για τη ΔΕΠΥ) του εκπαιδευτικού. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 181 εκπαιδευτικοί Α/βαθμιας γενικής εκπαίδευσης του Νομού Αττικής που εργάζονταν σε δημόσια σχολεία, χωρίς ψυχοπαιδαγωγική υπηρεσία (N=101) και σε ιδιωτικά σχολεία με ψυχοπαιδαγωγική υπηρεσία εντός της σχολικής μονάδας (N=80). Η συλλογή δεδομένων έγινε τη χρονική περίοδο Δεκέμβριος 2018-Φεβρουάριος 2019, μέσω συμπλήρωσης του *Ερωτηματολογίου Γνώσης για τη ΔΕΠΥ (ADHD-KQ, Giannopoulou και συν., 2017)* καθώς και του *Ερωτηματολογίου Πεποιθήσεων για τη ΔΕΠΥ* το οποίο κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της συνολικής κλίμακας ADHD-KQ και της συνολικής κλίμακας των Πεποιθήσεων ήταν ικανοποιητική (Cronbach's alpha 0.86 και 0.87 αντίστοιχα).

Αποτελέσματα: Όσον αφορά στις πεποιθήσεις σχετικά με τη βασιμότητα της διάγνωσης ΔΕΠΥ (υφίσταται ως διαταραχή και δεν είναι απόρροια της εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού ή της ανεπαρκούς διαπαιδαγώγησης/μέριμνας των γονιών) δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ δύο ομάδων εκπαιδευτικών. Παρομοίως, όσον αφορά στη συνολική γνώση για τη ΔΕΠΥ, αλλά και στις γνώσεις που αφορούν επιμέρους τομείς δεν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των εκπαιδευτικών ανάλογα με τη λειτουργία ή μη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας εντός της σχολικής μονάδας. Το γενικότερο επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών γύρω από τη ΔΕΠΥ φάνηκε να είναι χαμηλό έως μέτριο, με εξαίρεση τη συμπτωματολογία, καθώς το ποσοστό των σωστών απαντήσεων κυμαινόταν από το 18.2% και έφτανε μέχρι το 97.8 %. Η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των γνώσεων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων ανέδειξε την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη ΔΕΠΥ ως τον μόνο σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα του επιπέδου των γνώσεων των εκπαιδευτικών. Η δε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των πεποιθήσεων και σαν ανεξάρτητες τη συνολική βαθμολογία γνώσεων για τη ΔΕΠΥ, τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων ανέδειξε το επίπεδο της γνώσης για τη ΔΕΠΥ ως τον ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα της βαθμολογίας των πεποιθήσεων. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερη γνώση είχαν οι εκπαιδευτικοί τόσο λιγότερες λανθασμένες πεποιθήσεις είχαν και κατ' επέκταση θετικότερη στάση απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠΥ. Η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη ΔΕΠΥ βρέθηκε, επίσης, να σχετίζεται με μια θετικότερη στάση.

Συμπεράσματα: Κρίνεται απαραίτητο να ληφθούν μέτρα για την ορθή ενημέρωση των εκπαιδευτικών σχετικά με την αιτιοπαθογένεια, τα βασικά γνωστικά ελλείμματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ και την επίδρασή τους στη μάθηση και στη συμπεριφορά, την εφαρμογή ειδικών διδακτικών προσεγγίσεων για τους μαθητές με ΔΕΠΥ, τα οφέλη και τους περιορισμούς των διαθέσιμων θεραπευτικών παρεμβάσεων συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς η αύξηση γνώσεων από τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα επιμόρφωσης για η ΔΕΠΥ θα επιφέρει αλλαγή στη στάση τους απέναντι στους μαθητές με τη διαταραχή.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠΥ, στάσεις εκπαιδευτικών, γνώσεις εκπαιδευτικών, πεποιθήσεις εκπαιδευτικών, ψυχοπαιδαγωγική υπηρεσία.

ABSTRACT

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder of multifactorial aetiology that is usually diagnosed when a child enters primary school, as the increased requirements for adapting to a given structure makes symptoms (inattention, hyperactivity and impulsivity) more obvious and dysfunctional. In order for teachers to meet the needs of a student with ADHD, they must have accurate information about the disorder. International and a few Greek studies up to date that have examined teachers' knowledge and beliefs relating to ADHD have highlighted gaps in knowledge and misconceptions, especially regarding the aetiology of the disorder and its management. Despite the increased scientific interest in ADHD and the special educational needs of students presenting with the disorder, there are no studies examining whether teachers' knowledge and perceptions of ADHD vary according to whether a psycho-pedagogical service operates within the school unit.

Purpose: The present study aims to investigate whether or not the operation of a psychopedagogical service within the school impacts on the level of teachers' ADHD knowledge and beliefs about the disorder and how these relate to teacher's demographic characteristics (gender, age) and teaching experience (in-service years, experience of teaching student/-s with ADHD, attendance of ADHD seminars). A total of 181 primary school teachers of the Prefecture of Attica who worked in public schools, without a psycho-pedagogical service (N = 101) and in private schools with a psycho-pedagogical service within the school unit (N = 80) participated in the study. Data collection was carried out during December 2018-February 2019, through the completion of self-report ADHD Knowledge Questionnaire (ADHD-KQ, Giannopoulou et al., 2017) and the Beliefs about ADHD Questionnaire, which was developed for the purpose of the present study. The internal reliability of the overall ADHD-KQ scale and the overall Beliefs scale was satisfactory (Cronbach's alpha 0.86 for the overall and 0.87 respectively).

Results: Regarding the teachers' beliefs relating to legitimacy of the ADHD diagnosis (the disorder exists and is not just a result of child's intentional behaviour or parental inadequate child rearing practices/parental care) no statistically significant difference was found between the two groups of teachers. Likewise, no statistically significant difference was found in the overall level of ADHD knowledge, but also in knowledge in specific domains, depending on the operation or non-operation of a psychopedagogical service within the school unit. The teacher's ADHD knowledge overall was low to moderate, with the exception to the symptoms domain, as the percentage of correct answers ranged from 18.2% to 97.8%. The multiple linear regression analysis, using the total ADHD-KQ score as the dependent outcome variable and demographic characteristics and work experience as independent variables indicated that the teacher's attendance of seminars focusing on ADHD was the only significant predictor of the level of their ADHD knowledge. The multiple linear regression analysis using the total beliefs score as the dependent variable and as the total ADHD-KQ score, gender, age, years of teaching experience, attendance of ADHD seminar/-s, having taught a student with ADHD, indicated the level of ADHD knowledge the strongest predictor of the beliefs total score; higher levels of ADHD knowledge were related to fewer misconceptions about the disorder and consequently to more positive attitudes towards students with ADHD. The attendance of ADHD training seminars was also found to be associated with a more positive attitude.

Conclusions: It is necessary to take measures to properly inform teachers about the etiology, the main cognitive deficits associated with ADHD and their effect on learning and behavior, the implementation of special teaching approaches for students with ADHD, the benefits and the limitations of the available therapeutic interventions including medication, as the increase in knowledge from their participation in a training programme on ADHD will bring about a change in their attitude towards students with the disorder.

Keywords: ADHD, teacher attitudes, teacher knowledge, teacher's beliefs, psychoeducational service

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η ΔΕΠΥ έγινε γνωστή στην Ελλάδα καθώς οι ειδικοί ψυχικής υγείας ασχολούνται και ερευνούν τη διαταραχή αυτή. Οι μαθητές με ΔΕΠΥ αποτελούν πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς καθώς παρεμποδίζουν τη μαθησιακή διαδικασία, αποδιοργανώνουν με τις συμπεριφορές τους την ομαλή λειτουργία της τάξης και δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις διδακτικές προσεγγίσεις και στρατηγικές διαχείρισης δύσκολων συμπεριφορών μέσα στην τάξη. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ αναγνωρίζονται πλέον ως μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και εντάσσονται είτε σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης με ή χωρίς παράλληλη στήριξη είτε παρακολουθούν τμήματα ένταξης. Προκειμένου οι εκπαιδευτικοί να ανταποκριθούν σε αυτήν την πρόκληση πρέπει να έχουν ακριβή πληροφόρηση για τη διαταραχή, βασισμένη σε σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, η οποία θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες ενός μαθητή με ΔΕΠΥ και να αποκτήσουν επάρκεια στην αντιμετώπιση αυτών. Ωστόσο, παρά το αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον για τη ΔΕΠΥ και τις ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών αυτών, δεν υπάρχουν έρευνες που να μελετούν τις γνώσεις-αντιλήψεις των εκπαιδευτικών και κατά πόσον αυτές επηρεάζονται-διαφοροποιούνται από την ύπαρξη ψυχολογικών υπηρεσιών στην Α/βαθμια εκπαίδευση.

Η εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας έρχεται να καλύψει αυτό το κενό, με απώτερο στόχο να αναδείξει τις ανάγκες των εκπαιδευτικών για εξειδικευμένη επιμόρφωση και πώς ενδεχομένως θα μπορούσαν αυτές να καλυφθούν από ψυχοπαιδαγωγική υπηρεσία εντός της σχολικής μονάδας.

Η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια (με τα τρία πρώτα να αποτελούν το «Θεωρητικό μέρος» και τα υπόλοιπα τρία το «Ερευνητικό μέρος»). Κατόπιν, ακολουθούν η βιβλιογραφία και το παράρτημα. Το *πρώτο κεφάλαιο*, αναφέρεται στην Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, παραθέτοντας τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, την αιτιοπαθογένεια, την αναπτυξιακή πορεία και ολοκληρώνεται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής. Το *δεύτερο κεφάλαιο*, εξετάζει τη ΔΕΠΥ όπως αυτή εκδηλώνεται μέσα στο σχολικό πλαίσιο αναλύοντας το νευροψυχολογικό, κοινωνικο-συναισθηματικό προφίλ της, καθώς και τον ρόλο των εκπαιδευτικών στις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις. Το *τρίτο κεφάλαιο*, αφορά στην εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων και στην ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής

βιβλιογραφίας σχετικά με τις στάσεις, αντιλήψεις, πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠΥ. Στο *τέταρτο κεφάλαιο*, αναπτύσσεται η μεθοδολογία. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνεται η παρουσίαση του σκοπού, των ερευνητικών υποθέσεων και ερωτημάτων, της μεθοδολογικής προσέγγισης (επιλογή της ερευνητικής μεθόδου, του μεθοδολογικού εργαλείου για τη συλλογή των δεδομένων και της στατιστικής επεξεργασίας τους) και την περιγραφή του δείγματος της έρευνας. Στο *πέμπτο κεφάλαιο*, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη στατιστική επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων. Το *έκτο κεφάλαιο*, αφορά στη συζήτηση των σημαντικότερων ευρημάτων της παρούσας μελέτης και καταλήγει στα συμπεράσματα και προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Στη συνέχεια, παρατίθεται το *Παράρτημα* όπου περιλαμβάνονται τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν.

ΜΕΡΟΣ Α' : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η ΔΕΠΥ ή Διαταραχή Υπερκινητικού τύπου είναι νευροαναπτυξιακή διαταραχή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, με υψηλό βαθμό ετερογένειας, η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα απροσεξίας (αδυναμία συγκέντρωσης και παρατεταμένης διατήρησης της προσοχής, μικρό εύρος και διάσπαση προσοχής), υπερκινητικότητας (αυξημένη κινητική δραστηριότητα) και παρορμητικότητας (μειωμένη ικανότητα ελέγχου ή άμεσης αναστολής μιας συμπεριφοράς πριν εκδηλωθεί). Η διάγνωση τίθεται σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 (WHO, 1992) και του DSM-5 (APA, 2013). Στο DSM-5 και μέχρι πρότινος DSM-IV-TR (APA, 2000) υπάρχουν τρεις τύποι: (α) ΔΕΠΥ – Συνδυασμένος Τύπος, (β) ΔΕΠΥ με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο, (γ) ΔΕΠΥ με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο. Επιπλέον Τύπος αναφέρεται στη ΔΕΠΥ σε μερική ύφεση, όπου τα άτομα δεν πληρούν πλήρως τα διαγνωστικά κριτήρια (αριθμός συμπτωμάτων) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, ωστόσο τα συμπτώματα συνεχίζουν να μειώνουν τη κοινωνική, μαθησιακή, ή εργασιακή λειτουργικότητα. Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ να έχουν κάνει την εμφάνισή τους πριν από την ηλικία των 12 χρονών (DSM-5) ή των 7 χρονών (ICD-10), να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών, να εκδηλώνονται σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. στο σπίτι και στο σχολείο) και να παρεμποδίζουν ή να μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, μαθησιακής ή εργασιακής λειτουργικότητας.

1.1. Επιδημιολογία

Η ΔΕΠΥ αποτελεί την πιο συχνή νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες, η συχνότητα εμφάνισής της κυμαίνεται στο 3% με 7% του γενικού πληθυσμού (Wilmshurst, 2011). Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα ποσοστά της διαταραχής κυμαίνονται από 1% έως 15,6% στα παιδιά και 1% έως 7,3% στους ενήλικες (Fayyad, DeGraaf, Kessler & Alonso, 2007). Η αναλογία των αγοριών έναντι κοριτσιών κυμαίνεται από 2:1 έως 7:1 και εξαρτάται από το δείγμα της μελέτης (επιδημιολογικό ή κλινικό ή ειδικό εκπαιδευτικό πλαίσιο). Ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ είναι μεγαλύτερος μεταξύ των

αγοριών σχολικής ηλικίας και μικρότερος μεταξύ εφήβων. Αντίθετα, ο επιπολασμός μεταξύ των κοριτσιών είναι μικρότερος, αλλά εμφανίζει σταθερότερη κατανομή σε όλο το ηλικιακό φάσμα. Σύμφωνα με στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία, περίπου ένα στα τρία παιδιά που παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠΥ, είτε μεμονωμένα είτε σε συνύπαρξη με ένα σοβαρό φάσμα προβλημάτων (Barkley, 2006). Στα ελληνικά δεδομένα, φαίνεται ότι περίπου το 10% του μαθητικού πληθυσμού έχει διαγνωστεί με ΔΕΠΥ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

1.2. Αιτιοπαθογένεια

Η ΔΕΠΥ είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπου οι ακριβείς μηχανισμοί παθογένειας της διαταραχής δεν είναι γνωστοί. Οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής. Μελέτες οικογενειών ασθενών με ΔΕΠΥ έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής στους συγγενείς πρώτου βαθμού είναι 4 με 10 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, με επικράτηση μεταξύ 20% και 50 % (Wilmshurst, 2011), το ποσοστό δε, συνεμφάνισης της ΔΕΠΥ σε μονοζυγωτικούς διδύμους κυμαίνεται μεταξύ 51-83% ενώ για τους διζυγωτικούς διδύμους κυμαίνεται στο 30% (Larsson, Chang, D'Onofrio & Lichtenstein, 2013; Sherman, McGue & Iacono, 1997). Οι μετα-αναλύσεις μοριακών γενετικών μελετών υποστηρίζουν τη σύνδεση μεταξύ της ΔΕΠΥ και πολυμορφισμών σε έναν μεγάλο αριθμό γονιδίων που ρυθμίζουν τη μεταφορά και τους υποδοχείς της ντοπαμίνης, νοερεπινεφρίνης και σεροτονίνης (Thapar et al., 2005; Russell et al., 2005). Οι νευροαπεικονιστικές μελέτες δείχνουν κυρίως την υπολειτουργία των προμετωπιαίων και προκινητικών περιοχών του μετωπιαίου λοβού. Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί ότι οι νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και νοερεπινεφρίνη σε άτομα με ΔΕΠΥ έχουν ελλιπή δράση (Wilmshurst, 2011) και ο ιδίο νευροδιαβιβαστές λειτουργούν στο εμπρόσθιο τμήμα του εγκεφάλου που θεωρείται ότι παρουσιάζει πρόβλημα στα παιδιά με ΔΕΠΥ (Curatolo, D'Agati & Moavero, 2010).

Στους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου εκτός της κληρονομικότητας συμπεριλαμβάνονται: η «δύσκολη» ιδιοσυγκρασία, οποιοδήποτε τραύμα ή βλάβη που επηρεάζει το προσθιομετωπιαίο-υποφλοιώδες σύστημα (π.χ. περιγεννητική υποξία, προωρότητα και χαμηλό βάρος γέννησης, εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα,

κρανιοεγκεφαλική κάκωση, έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες, όπως μόλυβδο ή ψευδάργυρο), έκθεση της μητέρας σε αλκοόλ και νικοτίνη στη διάρκεια της κύησης, μεταβολικά νοσήματα της μητέρας (π.χ. διαβήτη, φαινυλκετονουρία) κατά τη διάρκεια της κύησης.

Στους *ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου* συμπεριλαμβάνονται μεταξύ άλλων, η σοβαρού βαθμού πρώιμη αποστέρηση (earlyseveredeprivation), η ιδρυματική φροντίδα, το χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον που επιτείνει τη δυσκολία στη ρύθμιση της προσοχής, της παρορμητικότητας και της συναισθηματικής αντίδρασης, οι αρνητικές γονικές πρακτικές διαπαιδαγώγησης (π.χ. τιμωρητικές, παρεμβατικές, περιοριστικές), οι οποίες εφαρμόζονται ήδη από το πρώτο έτος ηλικίας ενός ιδιοσυγκρασιακά «δύσκολου» βρέφους και συμβάλλουν στην πρώιμη καθυστέρηση της ανάπτυξης των εκτελεστικών λειτουργιών και μετέπειτα στην εμφάνιση της υπερκινητικής -απορρυθμισμένης συμπεριφοράς. Ο δε κίνδυνος εμφάνισης ΔΕΠΥ στην πρώτη παιδική ηλικία αυξάνεται αναλογικά με τον αριθμό των συνθηκών κοινωνικής αντιξοότητας (π.χ. φτώχεια, μητρική κατάθλιψη, πατρική εγκληματικότητα, διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις) που βιώνει το παιδί.

1.3. Αναπτυξιακή πορεία της ΔΕΠΥ

Τα συμπτώματα εκδηλώνονται κατά κανόνα πριν από την ηλικία των 7 ετών (ICD-10), με μέση ηλικία εκδήλωσης 3-4 ετών, και επιμένουν στο χρόνο και στις διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες. Ωστόσο, διαγιγνώσκεται συνήθως με την είσοδο του παιδιού στο δημοτικό σχολείο, καθώς οι αυξημένες απαιτήσεις για προσαρμογή σε ένα δομημένο πλαίσιο με σαφείς κανόνες καθιστούν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ πιο εμφανή και δυσλειτουργικά.

Η κλινική εικόνα διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της ζωής, ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο και την ηλικία του ατόμου(π.χ. μείωση συμπτωμάτων υπερκινητικότητας στην εφηβική ηλικία), τη συννοσηρότητα (π.χ. διαταραχή διαγωγής πρώιμης έναρξης <10 ετών), την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. αρνητικές στρατηγικές διαπαιδαγώγησης), κ.ά.Το 60-80% των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να εκδηλώνουν τη διαταραχή στην εφηβεία και στη μετέπειτα ενήλικη ζωή. Η ΔΕΠΥ δεν υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου, όμως η κλινική της εικόνα αλλάζει. Τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας, τα οποία είναι έντονα στην προσχολική

ηλικία, μειώνονται σταδιακά με την έναρξη της εφηβείας, ενώ τα συμπτώματα απροσεξίας επιμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και είναι αυτά που σχετίζονται με τις μαθησιακές δυσκολίες και τα γνωστικά ελλείμματα. Πολυάριθμες προοπτικές μελέτες παιδιών με ΔΕΠΥ έδειξαν πως η διαταραχή επιμένει στην ενήλικη ζωή, στο 60-80% των περιπτώσεων, είτε ως πλήρες σύνδρομο είτε σε μερική ύφεση. Η πρόγνωση είναι δυσμενής όταν το παιδί με ΔΕΠΥ εμφανίζει συννοσηρότητα με διαταραχή διαγωγής πρώιμης έναρξης (< 10 ετών).

1.4. Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ απαιτεί πολυεπίπεδη θεραπευτική παρέμβαση και συνεπώς συνεργασία πολλών ειδικοτήτων με τους δασκάλους και την οικογένεια του παιδιού. Στόχος της θεραπείας, είναι η μείωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ - της απροσεξίας, της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας που επηρεάζουν δυσμενώς την κοινωνική και μαθησιακή προσαρμογή. Η ισχύουσα άποψη για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ, που βασίζεται σε εκτενή εμπειρικά δεδομένα και απεικονίζεται στις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες (ESCAP, 2004) είναι ότι ως αποτελεσματικοί βραχυπρόθεσμοι τρόποι αντιμετώπισης έχουν επικυρωθεί: (α) οι ψυχολογικές παρεμβάσεις, (β) η φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά του Κ.Ν.Σ., και (γ) ο συνδυασμός των δύο παραπάνω. Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπευτική παρέμβαση σε παιδιά > 6 ετών στις περιπτώσεις: (α) σοβαρής βαρύτητας συμπτωμάτων ΔΕΠΥ που προκαλούν σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας, (β) που τα συμπτώματα ΔΕΠΥ επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την κοινωνική και μαθησιακή προσαρμογή, και το παιδί/έφηβος ή/και οι γονείς του έχουν αρνηθεί την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, (γ) που η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση δεν έχει επιφέρει μείωση των συμπτωμάτων. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει τα ψυχοδιεγερτικά (π.χ. μεθυλφαινοδάτη) και τα μη διεγερτικά (π.χ. Ατομοξετίνη) του Κ.Ν.Σ. των οποίων η αποτελεσματικότητα στη βελτίωση των πυρηνικών συμπτωμάτων, και δη βελτίωση της ικανότητας για συγκέντρωση, έχει επιστημονικά τεκμηριωθεί (Wilmshurst, 2011). Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις (προγράμματα εκπαίδευσης γονέων που στοχεύουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού, προγράμματα ενίσχυσης αυτό-ελέγχου μέσω εκμάθησης στρατηγικών αυτό-καθοδήγησης, εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες) έχουν

επιστημονικά τεκμηριωθεί ως προς την αποτελεσματικότητά τους ακόμη και στην περίπτωση της μονοθεραπείας σε παιδιά με ήπιας βαρύτητας συμπτωματολογία.

Η διεπιστημονική συνεργασία στο πλαίσιο της θεραπευτικής παρέμβασης δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, αλλά κυρίως στην πρόληψη εμφάνισης των δευτερογενών προβλημάτων που προκύπτουν από τα νευρογνωστικά ελλείμματα των παιδιών ή/και τη συννοσηρότητα. Η πρόληψη των δευτερογενών προβλημάτων είναι ύψιστης σημασίας, καθώς αυτά μπορούν να καθορίσουν την έκβαση της διαταραχής τόσο στην εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΕΠΥ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σύμφωνα με έρευνες (Barkley, 1990) οι μαθητές με ΔΕΠΥ στο σχολείο συναντούν προβλήματα στην αλληλεπίδρασή τους με τους συνομηλίκους τους, στη διατήρηση της προσοχής, στο να ακολουθούν οδηγίες, στο να παραμένουν καθιστοί ή να περιμένουν τη σειρά τους, στο να ολοκληρώνουν τις εργασίες τους, στο να δουλεύουν μόνοι τους στην τάξη, στο να είναι στις σχολικές εργασίες, και στο να οργανώνουν τα πράγματά τους (πχ. βιβλία, μολύβια και εργασίες). Αρκετοί μαθητές ΔΕΠΥ παρουσιάζουν αποδιοργανωτική και αντικοινωνική συμπεριφορά στην τάξη (εριστική διάθεση, εκδικητικότητα, απαξίωση και συναισθηματική απορρύθμιση (Taylor & Larson, 1998). Οι έρευνες δείχνουν πως τα μαθησιακά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο συνδέονται κυρίως με το Συνδυασμένο τύπο και τον Προεξάρχοντα Απρόσεκτο τύπο. Επομένως οι μαθητές με ΔΕΠΥ, που ανήκουν σε αυτούς τους τύπους, είναι πιο πιθανό να μείνουν στην ίδια τάξη και/ή να παίρνουν χαμηλότερους βαθμούς απ' ό,τι οι συνομήλικοί τους χωρίς ΔΕΠΥ. Τα συμπτώματα απροσεξίας θεωρούνται "αναπτυξιακός παράγοντας κινδύνου", επειδή συνδέονται με τη χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση στη γλώσσα και τα μαθηματικά, καθώς και με τη δυσκολία προσαρμογής στο σχολικό πλαίσιο (Taylor, Sandberg, Thorley & Giles, 1991). Οι μελέτες δείχνουν ότι το 95% των παιδιών με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν σχολική υποεπίδοση (Barkley, 1990) και τουλάχιστον το 10 με 20% έχει και μαθησιακές δυσκολίες. Σε άλλες μελέτες το ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ μαθησιακών δυσκολιών και ΔΕΠΥ ποικίλλει από 9 ως 63% (McKinney, Montague & Hocutt, 1993). Τα μαθησιακά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠΥ οφείλονται πρωτίστως στα νευρογνωστικά ελλείμματα, συνεπώς ο εκπαιδευτικός για να μπορέσει να στηρίξει τη μάθηση και τη σχολική επιτυχία των μαθητών με ΔΕΠΥ πρέπει να εφαρμόζει διδακτικές προσεγγίσεις που θα λαμβάνουν υπόψη τις γνωστικές αδυναμίες και τις αδυναμίες των σχολικών ικανοτήτων και να μην εστιάζει μόνο στη μείωση των συμπεριφορικών προβλημάτων.

2.1. Το Νευροψυχολογικό προφίλ της ΔΕΠΥ και Σχολείο

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συχνά παρουσιάζουν προβλήματα στις εκτελεστικές λειτουργίες (executive functions) που ελέγχουν τη συμπεριφορά και το συναίσθημα.

Ειδικότερα, έχουν ελλείμματα στον ανασταλτικό έλεγχο (inhibitory control), στο σχεδιασμό και οργάνωση μιας δραστηριότητας (planning), στη μνήμη εργασίας (working memory) και στην ευελιξία της προσοχής (attention flexibility) (Biedermanetal., 2004). Στο σχολικό πλαίσιο, η ομαλή λειτουργία των παραπάνω γνωστικών διαδικασιών αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη νοητική αναπαράσταση του στόχου και της διαδικασίας επίτευξής του, καθώς και για την εφαρμογή οδηγιών και κανόνων (Clark, Prior & Kinsella,2002). Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας είναι η ελλιπής ανάπτυξη του εσωτερικευμένου λόγου, ο οποίος είναι απαραίτητος για την αυτοκαθοδήγηση και εξαρτάται από τις ανάλογες γλωσσικές δεξιότητες, οι οποίες είναι συχνά ελλειμματικές (Cohen et al.,2000). Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν αργή ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, δυσκολίες στην αντίληψη και οργάνωση του χρόνου και εμφανίζουν μη ανοχή στην αναβολή (delay intolerance) ή αποστροφή αναμονής (delay aversion) άμεσης ικανοποίησης των επιθυμιών τους (VanDessel et al., 2018). Λόγω, λοιπόν, των νευρογνωστικών ελλειμμάτων, οι σχολικές επιδόσεις των μαθητών με ΔΕΠΥ είναι κατά 80% χαμηλότερες από τις προσδοκώμενες με βάση το νοητικό τους δυναμικό (DuPaul & Volpe, 2009) και έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να επαναφοιτήσουν σε κάποια τάξη κατά τη διάρκεια του Δημοτικού (Barry, Lyman, Grofer-Klinger, 2002).

Μέσα στην τάξη, η εικόνα ενός παιδιού με τον Απρόσεκτο τύπο της ΔΕΠΥ είναι αυτή του ονειροπόλου, του μαθητή που είναι βυθισμένος στις σκέψεις του και είναι αποκομμένος από τη ροή του μαθήματος. Το παιδί πολλές φορές μοιάζει να μην ακούει αυτά που του λένε και συχνά κάνει ερωτήσεις για θέματα που έχουν συζητηθεί μπροστά του. Παρουσιάζει δυσκολίες στην παρατεταμένη διατήρηση της προσοχήςκατά τη διάρκεια δομημένων δραστηριοτήτων που απαιτούν πνευματική προσπάθεια και επιμονή και η προσοχή του αποσπάται εύκολα από εξωτερικά ή εσωτερικά (σκέψεις) ερεθίσματα στην οργάνωση των εργασιών τους. Ωστόσο, τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορούν να συγκεντρωθούν ικανοποιητικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, εφόσον έχουν υψηλό κίνητρο για την ολοκλήρωση της δραστηριότητας με την οποία ασχολούνται ή στην περίπτωση που η δραστηριότητα που τους προτείνεται κεντρίζει το ενδιαφέρον τους ή όταν αναμένουν μια ελκυστική ανταμοιβή με την ολοκλήρωσή της. Φαίνεται όμως ότι γρήγορα να χάνουν το ενδιαφέρον τους γι' αυτό που κάνουν, με αποτέλεσμα να εναλλάσσουν δραστηριότητες με μεγάλη συχνότητα, κυρίως όταν αυτή παρουσιάζει δυσκολία.Απογοητεύονται εύκολα και εγκαταλείπουν

γρήγορα την προσπάθεια, καθώς διακρίνονται από έλλειψη υπομονής και επιμονής για την επίτευξη ενός στόχου. Επιπλέον η δυσκολία στην οργάνωση καθώς και στην αντίληψη και διαχείριση του χρόνου συμβάλλει σημαντικά στη μειωμένη σχολική επίδοση. Η δε μειωμένη χωρητικότητα της μνήμης εργασίας επηρεάζει τις σχολικές επιδόσεις στην γραφή και στην ανάγνωση καθώς και την επίλυση μαθηματικών προβλημάτων (Martinussen, Tannock, Chaban, McInnes & Ferguson, 2006). Αντίθετα, τα παιδιά με τον υπερκινητικό/ παρορμητικό τύπο της ΔΕΠΥ ανήκουν στα λιγότερο δημοφιλή παιδιά, λόγω της νευρικότητας και της φλυαρίας τους, αλλά και λόγω των φτωχών κοινωνικών δεξιοτήτων. Λόγω της παρορμητικότητας, συνήθως οι εργασίες γίνονται βιαστικά, χωρίς την επαρκή ανάγνωση ή αναμονή για τη λήψη οδηγιών.

Η σχολική αποτυχία των παιδιών με ΔΕΠΥ οδηγεί σε έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, που σε συνδυασμό με τη δυσκολία τους να επενδύσουν συναισθηματικά σε δραστηριότητες που απαιτούν προσπάθεια και να επιμείνουν στην ολοκλήρωσή τους με αποτέλεσμα να εγκαταλείπουν εύκολα την προσπάθεια και να παραιτούνται γρήγορα (Johnson & Reid, 2011). Αυτό προκύπτει από την πεποίθησή τους ότι η επιτυχία τους δεν εξαρτάται από τα ίδια αλλά από εξωγενείς παράγοντες γεγονός που επηρεάζει δυσμενώς την μαθησιακή τους απόδοση (Milich & Okazaki, 1991).

2.2. Το κοινωνικο-συναισθηματικό προφίλ των μαθητών με ΔΕΠΥ στο σχολικό πλαίσιο.

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως αντιμετωπίζουν περισσότερα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα από τους συνομηλίκους τους χωρίς ΔΕΠΥ, ως αποτέλεσμα των φτωχών κοινωνικών δεξιοτήτων και/ή της φτώχης αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς και του συναισθήματος (Stormont, 2001). Τα παιδιά, που παρουσιάζουν συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας συχνά αντιμετωπίζουν την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους (Hodgens, Cole & Boldizar, 2000), ως αποτέλεσμα της επιθετικής τους συμπεριφοράς, της έλλειψης ικανότητας να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους και της αποτυχίας τους να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επίσης, μπορεί να παρουσιάζουν αδυναμία στη χρήση της γλώσσας για τη δημιουργία κοινωνικών επαφών. Αυτή η δυσκολία μπορεί να σχετίζεται με την αδυναμία τους να αποκτήσουν δεξιότητες συζήτησης ή, όταν υπάρχουν αυτές οι δεξιότητες, την αδυναμία τους να τις

εφαρμόσουν σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Στα παιδιά που είναι κυρίως απρόσεκτα, χωρίς υπερκινητικότητα, εμφανίζονται επίσης κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα (Hodgens, Cole & Boldizar, 2000). Τα παιδιά αυτά, λόγω της δυσκολίας τους να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα, τα οποία σε μερικές περιπτώσεις συνδέονται με άγχος ή κατάθλιψη. Συνήθως, είναι ήσυχα και αποσυρμένα γι' αυτό και οι δάσκαλοι δεν αναγνωρίζουν τα προβλήματά τους και οι συμμαθητές τους, συχνά τα πειράζουν ή τα αποφεύγουν. Είναι σημαντικό οι δάσκαλοι να αναγνωρίζουν ότι αυτές οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές στην τάξη και οι φτωχές αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους τους, δεν είναι σκόπιμες συμπεριφορές, αλλά μάλλον το αποτέλεσμα νευρογνωσιακών αδυναμιών, ειδικά στις εκτελεστικές λειτουργίες.

2.3.Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στις ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις

Η συμμετοχή των εκπαιδευτικών στη θεραπευτική παρέμβαση σε παιδιά με ΔΕΠΥ είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς το σχολικό πλαίσιο αποτελεί συνήθως τον κατεξοχήν χώρο εκδήλωσης των προβλημάτων των παιδιών αυτών τόσο στον ακαδημαϊκό τομέα, όσο και στον τομέα της συμπεριφοράς (Γκαραγκούνη-Αραίου και συν., 2003· Κάκουρος, Ζουρνατζής, Παπαηλιού & Καραμπά, 2003). Οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στο σχολείο ενσωματώνουν τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς και γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές που στοχεύουν στην αύξηση της λειτουργικότητας των παιδιών στους τομείς της μάθησης, της συμπεριφοράς και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (DuPaul, Helwig & Slay, 2011; Miranda, Presentacion & Soriano, 2002; Miranda, Jarque&Rosel, 2006). Η νεότερη επιστημονική τάση στην εφαρμογή ψυχοπαιδαγωγικών παρεμβάσεων στο σχολείο είναι η προσπάθεια διασύνδεσης του προγράμματος που εφαρμόζεται στο σχολείο με συγκεκριμένες τεχνικές που εφαρμόζονται στο σπίτι, προωθώντας με τον τρόπο αυτό την καλύτερη συνεργασία των εκπαιδευτικών με την οικογένεια του παιδιού (Power & Mautone, 2008). Οι συνδυαστικές αυτές παρεμβάσεις εμπλέκουν από κοινού τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς του παιδιού σε μια συνεργασία, η οποία προάγει την ανάπτυξη ακαδημαϊκών και συμπεριφορικών δεξιοτήτων και επιλύει προβλήματα που σχετίζονται με την ακαδημαϊκή επίδοση και τη συμπεριφορά του παιδιού στο χώρο του σχολείου.

Η αρμονική συνεργασία των ειδικοτήτων για την αποτελεσματική παρέμβαση και πρόληψη των δευτερογενών προβλημάτων προϋποθέτει την επαρκή ενημέρωση των εκπαιδευτικών για τις τελευταίες εξελίξεις στο χώρο της Ειδικής Αγωγής. Επίσης, απαιτείται η διάθεση για ευελιξία, ώστε να έχουν τη διάθεση και την ικανότητα να τροποποιήσουν και να προσαρμόσουν την εκπαιδευτική διαδικασία με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατή η συμπερίληψη των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Για το λόγο αυτό, ακολουθεί μια ανασκόπηση των μελετών που εξέτασαν τη γνώση, τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών προς τη ΔΕΠΥ στα διεθνή και τα ελληνικά δεδομένα.

2.4.Παροχή ψυχολογικών συμβουλευτικών-ψυχολογικών υπηρεσιών στο Ελληνικό σχολείο

Αν και στα ειδικά σχολεία και σε πολλά ιδιωτικά σχολεία εργάζονται ψυχολόγοι, οι ψυχολογικές υπηρεσίες ως επί το πλείστον προσφέρονται περιφερειακά είτε από Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών (ΚΕΔΔΥ), που από τον Νοέμβριο του 2018 μετονομάστηκαν σε Κέντρα Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης ΚΕΣΥ) είτε από Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Εξωτερικά Παιδοψυχιατρικά Ιατρεία Νοσοκομείων καθώς και από Κέντρα Ψυχικής Υγείας και ορισμένα συμβουλευτικά κέντρα σε πανεπιστημιακό επίπεδο (Χατζηχρήστου, 2003 · 2004). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι για πολλά χρόνια διάφοροι κοινωνικο-πολιτισμικοί κυρίως παράγοντες εμπόδισαν την ανάπτυξη της σχολικής ψυχολογίας στη χώρα μας (Theodore, Bray, Thomas & Dioguardi, 2002), σήμερα οι αντιλήψεις της σχολικής κοινότητας έχουν αλλάξει σημαντικά, και ενώ ποσοστό των παιδιών που παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας κυμαίνεται μεταξύ 10-20% (Χατζηχρήστου, 2003· Χατζηχρήστου, Λαμπροπούλου et al., 2004), το ζήτημα της θεσμοθέτησης του ρόλου του σχολικού ψυχολόγου εξακολουθεί να βρίσκεται σε εκκρεμότητα (Νικολόπουλος, 2007, 2008). Εάν εξαιρέσουμε τα δημόσια σχολεία οι συνθήκες που επικρατούν στην εκπαίδευση και οι ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας γενικότερα καθιστούν επιτακτική την παρουσία ψυχολόγων στα σχολεία (Μπίμπου-Νάκου & Στογιαννίδου 2006 · Χατζηχρήστου, 2004). Γι' αυτό και πολλοί ερευνητές θεωρούν απαραίτητο πλέον ένα σαφές θεσμικό πλαίσιο που θα αφορά την ίδρυση, την οργάνωση και τη λειτουργία ψυχολογικών υπηρεσιών σε όλα τα σχολεία (κανονικά και ειδικά), στη δημόσια και

ιδιωτική εκπαίδευση (Νικολόπουλος, 2007· Χατζηαχρήστου, 2003, 2004). Εκτός από τους ψυχολόγους που εργάζονται ήδη στα σχολεία και σε διάφορες υπηρεσίες της εκπαίδευσης, σημαντικός είναι και ο ρόλος πολλών εκπαιδευτικών, οι οποίοι ενώ λειτουργούν υποστηρικτικά απέναντι σε μαθητές προσφέροντας υπηρεσίες συμβουλευτικής και επαγγελματικού προσανατολισμού, υπολείπονται βασικών συμβουλευτικών δεξιοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΓΝΩΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ, ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΕΠΥ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Οι νοητικές αναπαραστάσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ αποτελούν ένα πολύ σημαντικό παράγοντα που μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία της διαταραχής κατά τη σχολική ηλικία, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι ο εντοπισμός της ανάγκης παραπομπής σε κάποια δομή για αξιολόγηση γίνεται πιο συχνά από τους δασκάλους και λιγότερο από τους γονείς ή τους παιδίατρους των παιδιών (Sax & Kautz, 2003). Ωστόσο, η παραπομπή ενός παιδιού για αξιολόγηση προϋποθέτει ότι οι εκπαιδευτικοί διαθέτουν τις βασικές εκείνες γνώσεις που θα τους επιτρέψουν να είναι αποτελεσματικοί τόσο στην υποστήριξη του παιδιού στη σχολική τάξη όσο και στην επικοινωνία τους με τους γονείς και τους διαγνωστικούς φορείς (π.χ. αρμόδιες εκπαιδευτικές ή ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες). Σύμφωνα με την Thompson (1992), η μελέτη σχετικά με το πώς οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών μπορούν αφενός να καθορίσουν τη διδακτική πράξη και αφετέρου πώς η ίδια η διδακτική πράξη μπορεί να συμβάλει στην αλλαγή των πεποιθήσεων τους είναι σημαντική, και δη στην περίπτωση μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

3.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων Γνώσεις, Πεποιθήσεις και Στάσεις

Στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία οι όροι «πεποιθήσεις», «αντιλήψεις» και «στάσεις» ταυτίζονται πολλές φορές εννοιολογικά, και ως εκ τούτου χρησιμοποιούνται εναλλακτικά (Καλδρυμίδου, Οικονόμου, Οικονόμου & Τζεκάκη, 1997· Rajares, 1992). Η σχέση ανάμεσα στις στάσεις, τις γνώσεις και την συμπεριφορά των ατόμων είναι πολύπλοκη και όχι αρκετά κατανοητή. Σύμφωνα με τους Καλδρυμίδου και συνεργάτες (1997) «οι όροι 'πεποίθηση', 'αντίληψη' και 'στάση' περιλαμβάνουν από κοινού γνωστικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά και χρησιμοποιούνται για την έκφραση της γνώσης των υποκειμένων για ένα αντικείμενο ή μια συμπεριφορά». Ακολουθώντας, λοιπόν την εννοιολογική διάκριση και αποσαφήνιση των όρων αυτών, (α) ο όρος 'αντιλήψεις' (perceptions) αναφέρεται στις σκέψεις του ατόμου σχετικά με τη φύση και το σκοπό του αντικειμένου ή μιας συμπεριφοράς και συνδέονται με την προσωπική, εσωτερικευμένη γνώση του ατόμου (Καλδρυμίδου κ.ά, 1997; Thompson, 1992; Brownetal., 2011), (β) ο όρος

‘πεποιθήσεις’ (beliefs) αναφέρεται σε παγιωμένες απόψεις των ατόμων με έντονα αξιολογικό χαρακτήρα, δηλαδή «δηλώσεις για τις ιδέες τους, τις σκέψεις και τη γνώση τους, που εκφράζονται ως αξιολογήσεις για το τι πρέπει να ισχύει, τι ισχύει, και τι είναι προτιμητέο» (Basturkmenetal., 2004), και (γ) ο όρος **‘στάσεις’** (attitudes) συνίσταται κυρίως στο σύστημα εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς, θετικής ή αρνητικής, του ατόμου απέναντι ένα άτομο, ένα αντικείμενο, μια ομάδα, μια κατάσταση ή πράξη/συμπεριφορά, ως αποτέλεσμα γνωστικών και συναισθηματικών διεργασιών που προκύπτουν μέσα από τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις του (Underwood, 2012), οι οποίες στηρίζονται στη γνώση και τις εμπειρίες του παρελθόντος. Οι στάσεις ως ένα σημείο συνδέονται με την γνώση γι’ αυτό και θεωρείται ότι οι αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές συχνά προέρχονται από άτομα με ανεπαρκή γνώση.

Η **‘γνώση’** (knowledge) είναι η μετεξέλιξη στον νου της καταγεγραμμένης πληροφορίας και εμπειρίας που παρέχει την εξοικείωση, την αντίληψη και την κατανόηση των πραγμάτων και δίνει επιδεξιότητα και δυνατότητα καθοδήγησης στη λήψη αποφάσεων. Σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε από τους Davenport και Prusak (1998), η γνώση αποτελεί ένα μείγμα ρευστών και σχετικών πληροφοριών που έχει προκύψει μέσω εμπειρίας ή της εκπαίδευσης, με την πρόσληψη και επεξεργασία των πληροφοριών, την ανακάλυψη και τη μάθηση. Οι πληροφορίες που συμπεριλαμβάνονται στη γνώση μπορούν να αξιοποιηθούν για την αξιολόγηση και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών και εμπειριών. Η γνώση μπορεί να αναφέρεται στη θεωρητική ή στην πρακτική κατανόηση ενός θέματος, να αφορά την επιδεξιότητα και την εξειδίκευση στο πρακτικό του μέρος, και να ακολουθεί λιγότερο ή περισσότερο την τυπικότητα και τη συστηματικότητα.

3.2. Αντιλήψεις και Γνώσεις των Εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ διεθνώς: βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Οι πρώτες έρευνες που επιχείρησαν να διερευνήσουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ άρχισαν τη δεκαετία του ’90 (Jerome, Gordon&Hustler, 1994; Jerome, Washington, Laine & Segal, 1999). Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, διαπιστώνεται ότι οι μέχρι σήμερα οι μελέτες εστίασαν όχι μόνο στη διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν στη συμπτωματολογία, στην αιτιολογία και στους τρόπους εκπαίδευσης μαθητών με ΔΕΠΥ αλλά στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις

γνώσεις των εκπαιδευτικών (Barbarese & Olsen, 1998; Bussing, Gary, Leon, Garvan & Reid, 2002; Snider, Busch & Arrowood, 2003; Vereb & DiPerna, 2004; Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή & Κουβαβά, 2010), και στην ανάδειξη του ρόλου των γνώσεων των εκπαιδευτικών στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ (Pfiffner & Barkley, 1998; Stormont & Stebbins, 2005; Ohan, Cormier, Hepp, Visser & Strain, 2008).

Οι Kos, Richdale και Hay (2006) σε μια γενική ανασκόπηση των ερευνών της τελευταίας δεκαετίας κατέληξαν σε τρία βασικά συμπεράσματα: Πρώτον, το μέσο ποσοστό σωστών απαντήσεων του βαθμού ενημέρωσης σε θέματα σχετικά με τη ΔΕΠΥ διαφέρει σημαντικά, αφού κυμαίνεται από 47,8% έως 83%. Οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να γνωρίζουν περισσότερα για τη συμπτωματολογία και τα γενικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ ενώ εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά γνώσεων όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια και την αντιμετώπιση της. Δεύτερον, φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του επίπεδου των γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠΥ και του χρόνου διδακτικής εμπειρίας καθώς και της προηγούμενης επαφής με μαθητή διαγνωσμένο με ΔΕΠΥ. Τέλος, οι δάσκαλοι που επιμορφώνονται πάνω σε θέματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ και έχουν διδάξει μαθητές με ΔΕΠΥ έχουν περισσότερες γνώσεις σε σύγκριση με τους φοιτητές παιδαγωγικών τμημάτων, που δε διαθέτουν πρακτική εμπειρία

Σχετικά με τα λάθη των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν στην αιτιολογία της ΔΕΠΥ, πολύ συχνά εντοπίζονται παρανοήσεις αναφορικά με την επίδραση της διατροφής στην εκδήλωση της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, από την ανασκόπηση των Kos και συνεργατών (2006) βρέθηκε ότι αρκετοί εκπαιδευτικοί πιστεύουν λανθασμένα ότι η ζάχαρη και τα πρόσθετα τροφίμων μπορεί να προκαλέσουν τη διαταραχή (Jerome et al., 1994; Scituito et al., 2000; Beckle, 2004). Μια άλλη λανθασμένη πεποίθηση των εκπαιδευτικών σχετικά με την περιγραφή και τον ορισμό της διαταραχής αφορά στη διάρκεια των συμπτωμάτων κατά την αναπτυξιακή της πορεία. Πολύ συχνά, οι έρευνες δείχνουν, ότι οι δάσκαλοι διατηρούν την εσφαλμένη αντίληψη ότι η ΔΕΠΥ παρέρχεται με την ενηλικίωση και δεν ακολουθεί τον μαθητή στην ενήλικη ζωή (Jerome et al., 1994; Scituito et al., 2000).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες που διεξήχθησαν σε μη Αγγλο-σαξονικές χώρες. Οι Nur και Kavak (2010) μελέτησαν τη γνώση και τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών (μέσος όρος ηλικίας 29 έτη) σχετικά με τη ΔΕΠΥ σε μια περιοχή της Τουρκίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόλις το 32% γνωρίζει πως η ΔΕΠΥ

οφείλεται σε γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες, ενώ το 65.5% απέδωσε τη διαταραχή συμπεριφοράς στην κακή ανατροφή που έχουν λάβει τα παιδιά από τους γονείς και μόλις το 32% γνώριζε το Ritalin, που συνήθως χορηγείται στα πλαίσια της φαρμακοθεραπείας. Περίπου το 50% γνώριζε πως τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση παραβατικών και ρισκοκίνδυνων συμπεριφορών και μόλις το 36.8% ήξερε πως τα παιδιά αυτά χρήζουν παρέμβασης και φαρμακευτικής αγωγής. Οι εκπαιδευτικοί της έρευνας αυτής θεωρούσαν πως τα συμπτώματα βελτιώνονται με την εφηβεία, αλλά μόλις το 16% γνώριζε ότι τα συμπτώματα παραμένουν μέχρι και την ενήλικη ζωή. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με την έρευνα των Ghanizadeh, Bahredar & Moeini (2006) που διενέργησαν στο Ιράν, τα αποτελέσματα της οποίας ανέδειξαν ότι το 46% γνώριζε πως η διαταραχή οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, το 31% γνώριζε για τη χορήγηση του Ritalin, το 64,8% είχε τη γνώση ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση παραβατικών συμπεριφορών, ενώ μόλις το 8,7% πίστευε πως η διαταραχή εξακολουθεί να συνοδεύει το άτομο και στην ενήλικη ζωή.

Αναφορικά με τις στάσεις των εκπαιδευτικών της έρευνας των Nur και Kavakc (2010), το 70% θεωρούσε πως ο δείκτης νοημοσύνης των παιδιών αυτών είναι περίπου ίδιος με των παιδιών τυπικής ανάπτυξης και το 80% θα εφάρμοζε τους ίδιους κανόνες μέσα στην τάξη για τα παιδιά αυτά. Αντίστοιχα, οι Ghanizadeh, Bahredar και Moeini (2006) βρήκαν πως το 44,4% πίστευε ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν τον ίδιο δείκτη νοημοσύνης με τους μαθητές χωρίς ΔΕΠΥ, ενώ το 38,3% πίστευε ότι ο δείκτης νοημοσύνης τους είναι υψηλότερος του προσδοκώμενου. Σε σχέση με τις δύο αυτές έρευνες, είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τη γνώση τους γύρω από τη διαταραχή από πολύ χαμηλή έως ανύπαρκτη. Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, πως οι δάσκαλοι που συμμετείχαν στην έρευνα των Nur και Kavakc (2010) είχαν λιγότερο από δέκα χρόνια διδακτικής εμπειρίας, καθώς στην έρευνα των Sciutto και συνεργατών (2000) βρέθηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ διδακτικής εμπειρίας και γνώσεων.

Οι Perold, Louw και Kleynhans (2010) μελέτησαν επίσης τη γνώση και τις λανθασμένες πεποιθήσεις αναφορικά με τα συμπτώματα και τη διάγνωση της ΔΕΠΥ, τη γενικότερη γνώση γύρω από τη φύση, τα αίτια και τις επιπτώσεις της διαταραχής και την παρέμβαση. Η έρευνα έλαβε χώρα στην περιφέρεια της μητρόπολης του Κέιπ Τάουν, με μέσο όρο ηλικίας τα 40 έτη. Οι σωστές απαντήσεις των συμμετεχόντων

σχεδόν άγγιζαν το 43% και έρχονται σε συμφωνία με το 47,8% των Αμερικανών δασκάλων (Sciutto et al., 2000), αλλά κάπως χαμηλότερα από τις γνώσεις των Αυστραλών δασκάλων που είχαν κατά 60,8% σωστές απαντήσεις (Kosetal, 2004). Οι συμμετέχοντες γνώριζαν τα συμπτώματα της διαταραχής, το ρόλο της παρέμβασης και της διεπιστημονικής συνεργασίας για την πορεία της έκβασης, αλλά και τα πλαίσια μέσα στα οποία η διαταραχή εκδηλώνεται πιο έντονα. Και σε αυτή την έρευνα παρατηρούνται ελλείμματα στις γνώσεις γύρω από την επιδημιολογία (σχεδόν 60% λανθασμένες απαντήσεις), τα αίτια (λανθασμένες απαντήσεις που άγγιζαν το 70%), τους περιστασιακούς παράγοντες που επιδρούν στην επιδείνωση των συμπτωμάτων και την έκβαση της διαταραχής. Όσον αφορά το τελευταίο στοιχείο, μάλιστα, παρόλο που η πλειοψηφία των παιδιών εξακολουθεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες και στην ενήλικη ζωή, το 32% των ερωτηθέντων θεωρούσε πως τα παιδιά στην ενήλικη ζωή «ξεπερνούν» τη ΔΕΠΥ. Το γεγονός αυτό δείχνει πως η ενημέρωση γύρω από τη διαταραχή έχει παραβλεφθεί. Επιπλέον, βρέθηκε πως οι ερευνητές είναι αρκετά επίμονοι στις αποδεδειγμένα λανθασμένες πεποιθήσεις, για παράδειγμα σχετικά με το ρόλο της ζάχαρης στην εκδήλωση των συμπτωμάτων.

Οι Hutchinson και Youssef (2015) μελέτησαν με τη σειρά τους γνώση και στάσεις εκπαιδευτικών γύρω από τη ΔΕΠΥ σε μια περιοχή της Βενεζουέλας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το ποσοστό κατεχόμενων γνώσεων σχετικά με τη διαταραχή κυμαίνονταν κατά μέσο στο 36%, ποσοστό παρόμοιο με αυτό των Al-Moghamsi & Aljohani (2018), που έτρεξαν την ίδια έρευνα στη Σαουδική Αραβία. Συνολικά, οι σωστές απαντήσεις κυμαίνονταν κάτω από το 50%. Το εν λόγω εύρημα έρχεται σε συμφωνία με τα υπόλοιπα χαμηλά ποσοστά λοιπές χώρες, όπως στη Σρι Λάνκα και στη Νότιο Αφρική (Perold et al., 2010; Rodrigo, Perera, Eranga, Williams, & Kuruppuarachchi, 2011), ωστόσο οι λόγοι είναι αδιευκρίνιστοι. Οι συμμετέχοντες που είχαν λάβει σχετική εκπαίδευση ή ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος σπουδών είχαν καλύτερες επιδόσεις, γεγονός που υποδεικνύει πως η προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση της γνώσης. Στην εν λόγω έρευνα, όπως και σε όλες τις προαναφερθείσες, οι εκπαιδευτικοί θεώρησαν πως τα παιδιά με διάγνωση ή με συμπεριφορά τύπου ΔΕΠΥ θα πρέπει να λαμβάνουν εκπαίδευση σε δομές ειδικής αγωγής ή να διδάσκονται από δασκάλους ειδικής αγωγής. Οι Al-Moghamsi και Aljohani (2018) βρήκαν πως το επίπεδο γνώσεων είναι μεγαλύτερο γύρω από τα συμπτώματα και τη διάγνωση, παρά σχετικά με την παρέμβαση και το ρόλο της φαρμακευτικής αγωγής.

3.3. Αντιλήψεις και γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ στον ελλαδικό χώρο.

Η Καραγρηγορίου (2003) διερεύνησε τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις εκπαιδευτικών προσχολικής αγωγής σχετικά με τη ΔΕΠΥ σε δείγμα 147 γυναικών νηπιαγωγών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί (σε ποσοστό 71,8%) γνώριζαν τα κύρια χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ. Ωστόσο, 83,4% και 54% δήλωσε ότι δε γνώριζε κατάλληλες ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις και αποτελεσματικές διδακτικές μεθόδους στην εκπαίδευση παιδιών με ΔΕΠΥ αντίστοιχα. Χαμηλό ήταν και το ποσοστό γνώσεων ως προς τις μεθόδους ελέγχου συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠΥ (35,3%), ενώ θετική φάνηκε να είναι η επίδραση της προηγούμενης διδακτικής εμπειρίας με παιδί με ΔΕΠΥ στις γνώσεις των νηπιαγωγών σχετικά με αποτελεσματικές μεθόδους διδασκαλίας, εύρημα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών στην Ευρώπη και την Αμερική (Jerome et al., 1999; Beckle, 2004). Σε αντίθεση με τα διεθνή εμπειρικά δεδομένα (Stormont & Stebbins, 2005) τα αποτελέσματα της έρευνας της Καραγρηγορίου έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί με τα περισσότερα έτη υπηρεσίας υπολείπονταν σε όλους τους τομείς γνώσεων σχετικά με τη ΔΕΠΥ σε σύγκριση με τους νηπιαγωγούς με τα λιγότερα έτη υπηρεσίας.

Οι Γκαραγκούνη-Αραίου, Σολομωνίδου και Ζαφειροπούλου (2003), ερεύνησαν τις απόψεις και τις στάσεις 27 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στο Βόλο. Παρά το μικρό αριθμό του δείγματος, βρέθηκε πως υπάρχει η πεποίθηση ότι η ΔΕΠΥ οφείλεται κυρίως σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και οι κληρονομικοί/γενετικοί παράγοντες έρχονται δεύτεροι ως παράγοντες επίδρασης. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως γνώριζαν στρατηγικές αποτελεσματικής αντιμετώπισης των μαθητών αυτών και είχαν τη διάθεση να προσαρμόσουν τις εκπαιδευτικές στρατηγικές τους στις ανάγκες των μαθητών με τη χρήση εποπτικών μέσων, και είχαν θετική στάση απέναντι στη διδασκαλία των μαθητών αυτών (συμπερίληψη) εντός της τάξης γενικής αγωγής.

Η έρευνα των Κάκουρου και συνεργατών (2006) αποσκοπούσε στη διερεύνηση των αντιλήψεων δασκάλων σχετικά με τη φύση και τα αίτια της ΔΕΠΥ καθώς και στην αποτύπωση των απόψεών τους σχετικά με τον ρόλο του δασκάλου στην αντιμετώπιση της διαταραχής. Στην έρευνα αυτή, συμμετείχαν 193 δάσκαλοι, οι οποίοι σε ποσοστό 70% εσφαλμένα απέδωσαν τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠΥ σε οικογενειακούς παράγοντες όπως η παραμέληση, οι κακοί

τρόποι διαπαιδαγώγησης ή το διαζύγιο. Οι δάσκαλοι, στη συγκεκριμένη έρευνα, αν και παρουσίαζαν σοβαρά ελλείμματα στις γενικές γνώσεις τους σχετικά με τη ΔΕΠΥ, εντούτοις πίστευαν ότι είναι ικανοί να αντεπεξέλθουν στις προκλήσεις της ΔΕΠΥ με συνεχή επιμόρφωση και απόκτηση διδακτικής εμπειρίας.

Το 2007, ο Δημάκος μελέτησε τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών γύρω από τη ΔΕΠΥ σε ένα δείγμα 247 εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει θετική συνάφεια ανάμεσα σε αυτό που πραγματικά γνωρίζουν οι δάσκαλοι και σε αυτά που νομίζουν ότι γνωρίζουν. Οι εκπαιδευτικοί μπορούσαν να απαντήσουν σωστά στις μισές περίπου ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (49,86%), ωστόσο είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον το γεγονός ότι όσο αυξάνονταν η διδακτική εμπειρία δεν αυξάνονταν και οι γνώσεις τους σχετικά με τη ΔΕΠΥ, αν και αυξάνονταν η πεποίθησή τους ότι γνωρίζουν καλά τη διαταραχή. Από το σύνολο των σωστών απαντήσεων που δόθηκαν, βρέθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί είχαν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τα πρωτογενή συμπτώματα της διαταραχής, ενώ οι γνώσεις αυτές σχετιζόνταν με την προηγούμενη διδακτική εμπειρία των εκπαιδευτικών με μαθητές με ΔΕΠΥ. Αντίθετα, οι τομείς με τις μεγαλύτερες ελλείψεις σε επίπεδο ενημέρωσης αφορούσαν την κληρονομικότητα της διαταραχής και τη φαρμακευτική αγωγή. Τα ευρήματα αυτά έρχονται εν μέρει σε αντίθεση με τα διεθνή δεδομένα, καθώς έχει παρατηρηθεί θετική συσχέτιση μεταξύ γνώσεων και διδακτικής εμπειρίας (Kosetal., 2004; Scitutto et al., 2000).

Στην έρευνα Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (2010) συμμετείχαν 139 δάσκαλοι από 20 δημοτικά σχολεία της Αθήνας και της ευρύτερης περιοχής της Αττικής. Το ποσοστό σωστών απαντήσεων ήταν 61,15%. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να είναι περισσότερο ενήμεροι σχετικά με τη συμπτωματολογία και τον ορισμό της ΔΕΠΥ και λιγότερο ενημερωμένοι για τα αίτια και την αντιμετώπισή της. Οι γνώσεις των δασκάλων δε βρέθηκαν να επηρεάζονται από την ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας και την προηγούμενη διδακτική τους εμπειρία με μαθητές με ΔΕΠΥ. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι δάσκαλοι έχουν ανάγκη επιμόρφωσης σε γενικά και ειδικά θέματα που αφορούν στη συγκεκριμένη διαταραχή καθώς και τη σπουδαιότητα του ρόλου τους στην υποστήριξη των μαθητών με ΔΕΠΥ στη σχολική τάξη.

Τέλος, η μελέτη της Γιαννοπούλου και των συνεργατών της (2017) έδειξε ότι αν και το 80% των εκπαιδευτικών γνώριζε τα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ, οι

γνώσεις τους υπολείπονταν σχετικά με τα αίτια και τα γνωστικά ελλείμματα που σχετίζονται με τη διαταραχή, και είχαν εσφαλμένες αντιλήψεις για τη φαρμακευτική αγωγή. Η συγκριτική διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός σύντομου (5ωρου) έναντι διήμερου (18 ωρών) επιμορφωτικού σεμιναρίου για τη ΔΕΠΥ, σε συνολικό δείγμα 143 εκπαιδευτικών, έδειξε σημαντική αύξηση της γνώσης τους είτε μέσω κάλυψης των κενών γνώσης είτε μέσω αποκατάστασης των εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με τη ΔΕΠΥ, ανεξάρτητα από τον τύπο του σεμιναρίου στο οποίο συμμετείχαν.

Με δεδομένο τον σημαντικό ρόλο των εκπαιδευτικών και την πολύτιμη συμβολή τους στην έγκαιρη διάγνωση και στην αντιμετώπιση προβλημάτων που συνδέονται με τη ΔΕΠΥ (DuPaul, 1992; Arcelus, Munden, McLauchlin, Vickery & Vostanis, 2000; Sciutto et al., 2000; Κάκουρος κ.ά., 2006) και λόγω του σχετικά περιορισμένου αριθμού ερευνητικών προσπαθειών κατά την τελευταία δεκαετία (μετά τη θέσπιση του Νόμου 3699 (ΦΕΚ Α', 199/2-10-2008) που εντάσσει τους μαθητές με ΔΕΠΥ στην κατηγορία των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που εξετάζουν το επίπεδο των γνώσεων των Ελλήνων εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν στη ΔΕΠΥ, η παρούσα έρευνα επιχειρεί να καταγράψει τον βαθμό πληροφόρησης και το είδος των γνώσεων των Ελλήνων δασκάλων σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, τα χρόνια υπηρεσίας και την προηγούμενη εμπειρία τους με μαθητή με ΔΕΠΥ. Επιπλέον, παρά το αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον για τη ΔΕΠΥ και τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών αυτών δεν υπάρχουν έρευνες που να διερευνούν εάν οι γνώσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών διαφοροποιούνται ανάλογα με τη λειτουργία ή μη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας στη σχολική μονάδα. Η εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας έρχεται να καλύψει αυτό το κενό και να προστεθεί στην ελληνική και στη διεθνή βιβλιογραφία που αφορά στη μελέτη των πεποιθήσεων και κατ' επέκταση στάσεων των δασκάλων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης προς τους μαθητές με ΔΕΠΥ. Θα εξετάσει εάν αυτές σχετίζονται με το επίπεδο γνώσης που διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί για την διαταραχή και εάν επηρεάζονται από την ύπαρξη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας εντός της σχολικής μονάδας, γεγονός που δεν έχει μελετηθεί έως τώρα στη διεθνή, αλλά ούτε και στην ελληνική βιβλιογραφία. Τα αποτελέσματά της θα συνεισφέρουν στον σχεδιασμό στοχευμένων κατάλληλων επιμορφωτικών προγραμμάτων (σεμινάρια και εφαρμογή στην πράξη) που θα

εστιάζουν στην αποκατάσταση λανθασμένων αντιλήψεων και στην αλλαγή στάσεων και πεποιθήσεων των εκπαιδευτικών προς τους μαθητές με ΔΕΠΥ.

ΜΕΡΟΣ Β': ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας. Αρχικά, παρουσιάζονται ο σκοπός, οι ερευνητικές υποθέσεις, τα ερευνητικά ερωτήματα και η ταυτότητα της έρευνας. Στη συνέχεια αναφέρεται το δείγμα και ακολουθεί η περιγραφή της διαδικασίας συλλογής δεδομένων. Στην επόμενη υποενότητα περιγράφονται τα εργαλεία συλλογής των δεδομένων και το παρόν κεφάλαιο κλείνει με τη διαδικασία στατιστικής ανάλυσης δεδομένων.

4.1. Σκοπός, Ερευνητικές Υποθέσεις και Ερωτήματα

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να μελετήσει εάν η ύπαρξη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας εντός του σχολείου επηρεάζει τις γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τη ΔΕΠΥ. Οι μεταβλητές που μελετήθηκαν ήταν: α) τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών), β) τα στοιχεία διδακτικής εμπειρίας (χρόνια υπηρεσίας, εμπειρία με μαθητές με ΔΕΠΥ, επιμόρφωση σε θέματα ΔΕΠΥ, ιδιωτικό-δημόσιο σχολείο). Επίσης, οι δάσκαλοι ερωτήθηκαν εάν διαθέτουν ψυχοπαιδαγωγική υπηρεσία στη σχολική μονάδα που εργάζονταν καθώς και το είδος των δραστηριοτήτων που θα θεωρούσαν χρήσιμο να υλοποιούνταν κατά τη διάρκεια της επόμενης σχολικής χρονιάς (σεμινάρια, ομιλίες, ομάδες συζήτησης και στήριξης δασκάλων). Αναλυτικότερα, βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οι ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα διαμορφώθηκαν ως εξής:

1. Οι πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για ΔΕΠΥ θα διαφέρουν ανάλογα με τη λειτουργία ή μη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας εντός της σχολικής μονάδας.
2. Το επίπεδο γνώσης των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ, θα είναι υψηλότερο όταν στη σχολική μονάδα λειτουργεί ψυχοπαιδαγωγική υπηρεσία.
3. Ποια είναι η σχέση μεταξύ γνώσεων και πεποιθήσεων/στάσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ;

4. Πώς σχετίζονται οι πεποιθήσεις για τη ΔΕΠΥ με τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία) και τη διδακτική εμπειρία (χρόνος προϋπηρεσίας, διδασκαλία μαθητή/-ων με ΔΕΠΥ) του εκπαιδευτικού;
5. Πώς σχετίζονται οι γνώσεις για τη ΔΕΠΥ με τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία) και τη διδακτική εμπειρία (χρόνος προϋπηρεσίας, διδασκαλία μαθητή/-ων με ΔΕΠΥ) του εκπαιδευτικού;

4.2. Ταυτότητα της Έρευνας

Πρόκειται για μια συγχρονική (cross-sectional) μελέτη. Το δείγμα της παρούσας μελέτης είναι συμπτωματικό (convenience sample) και δεν πληροί τα κριτήρια της τυχαίας δειγματοληψίας. Το σύνολο των σχολείων που επελέγησαν ανήλθε στα 11 (2 ιδιωτικά και 9 δημόσια).

4.3. Δείγμα

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήσαν συνολικά 181 εκπαιδευτικοί Α/βαθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό), υπηρετούντες τη χρονική στιγμή της δειγματοληψίας (Δεκέμβριος-Φεβρουάριος 2019) σε γενικά δημόσια σχολεία (N=101) και σε ιδιωτικά σχολεία (N=80) του Νομού Αττικής. Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 5 (Πίνακας 1, σελίδα 39).

4.4. Μέσα συλλογής δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων, τα οποία χορηγούνταν ταυτοχρόνως στους δασκάλους. Αρχικά, τα δημογραφικά στοιχεία αποτυπώθηκαν στο σύντομο ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών στοιχείων που επιπλέον περιελάμβανε έτη προϋπηρεσίας, προηγούμενη εμπειρία με μαθητή με ΔΕΠΥ, παρακολούθηση επιμορφωτικού σεμιναρίου για τη ΔΕΠΥ ή ΜΠΣ στην Ειδική Αγωγή. (Βλέπε Παράρτημα 1)

Στη συνέχεια οι γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠΥ αξιολογήθηκαν με *Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για τη ΔΕΠΥ* (ADHD-KQ, Giannopoulou και συν., 2017), το οποίο αποτελείται από 29 δηλώσεις, οι οποίες καλύπτουν τέσσερις τομείς: κλινική εικόνα (8 λήμματα), αίτια (6 λήμματα), γνωστικά ελλείμματα (7 λήμματα), παρεμβάσεις (8 λήμματα). Για κάθε λήμμα το άτομο

επιλέγει την απάντηση σωστό (1), λάθος (0), δεν γνωρίζω (2). Στον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας η απάντηση «δεν γνωρίζω» συνυπολογίζεται και λαμβάνει 0. Έτσι η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 29, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν υψηλότερο επίπεδο γνώσης. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέφειας της συνολικής κλίμακας ADHD-KQ με συντελεστή Cronbach's alpha coefficient στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοποιητική (0.86), ενώ των υποκλιμάκων αποδεκτή (0,72 για την κλινική εικόνα, 0,71 για τα αίτια της διαταραχής, 0,70 για τα γνωστικά ελλείμματα, 0,70 για τις παρεμβάσεις). Οι συντελεστές συνέφειας είναι σε συμφωνία με αυτούς της μελέτης Giannopoulou et al. (2017). Η συσχέτιση της κάθε υποκλίμακας με τη συνολική κλίμακα ήταν στατιστικά σημαντική και κυμαινόταν από $r=0,70$ μέχρι $r=0,79$, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ των τεσσάρων υποκλιμάκων ήταν επίσης στατιστικά σημαντικές (από $r=0,32$ έως $r=0,55$). Η δήλωση 30 «*Η ΔΕΠΥ ανήκει στην κατηγορία των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*» προστέθηκε στο ADHD-KQ, ωστόσο δεν συνυπολογίζεται στη συνολική βαθμολογία (αναλύεται χωριστά).

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το *Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων για τη ΔΕΠΥ*, το οποίο κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, βάσει της βιβλιογραφίας, και περιέχει μια σειρά από ερωτήματα που αντανakλούν πεποιθήσεις που συχνά συναντώνται στον ελλαδικό χώρο. Αποτελείται από 10 λήμματα που αφορούν τις πεποιθήσεις σχετικά με τη βασιμότητα της διάγνωσης ΔΕΠΥ (legitimate diagnosis), δηλαδή ότι υφίσταται ως διαταραχή και δεν είναι απόρροια της εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού ή της ανεπαρκούς διαπαιδαγώγησης/μέριμνας των γονιών. Επιπλέον, υπάρχουν 4 λήμματα σχετικά με τη στάση των εκπαιδευτικών ως προς τη φαρμακευτική αγωγή και την αναγκαιότητα των μαθητών με ΔΕΠΥ να διδάσκονται από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε 7/βαθμη κλίμακα Likert (0=Συμφωνώ απόλυτα, 1=Συμφωνώ, 2=Συμφωνώ μάλλον, 3=Ούτε συμφωνώ-Ούτε διαφωνώ, 4=Διαφωνώ μάλλον, 5=Διαφωνώ, 6=Διαφωνώ απόλυτα). Στο Κεφάλαιο 5 (σελίδα 47) αναφέρεται η διερευνητική ανάλυση παραγόντων του Ερωτηματολογίου Πεποιθήσεων για τη ΔΕΠΥ και οι τιμές Cronbach's alpha. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο δόθηκε πιλοτικά σε 5 δασκάλους προκειμένου να εκτιμηθεί η σαφήνεια στη διατύπωση των προτάσεων, η διαφοροποίησή τους από τα λήμματα του Ερωτηματολογίου Γνώσεων για τη ΔΕΠΥ,

η ευκολία στη συμπλήρωσή του και ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση και των δύο.

4.5. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Διανεμήθηκαν 280 ερωτηματολόγια σε 2 ιδιωτικά και 9 δημόσια δημοτικά σχολεία. Υπήρξε μια σημαντική απώλεια ερωτηματολογίων καθώς το 35% των εκπαιδευτικών δεν τα επέστρεψε. Έτσι, το τελικό δείγμα της έρευνας ανέρχεται στα 181 άτομα, εκ των οποίων οι 101 εκπαιδευτικοί εργάζονταν σε δημόσια σχολεία και οι 80 σε ιδιωτικά σχολεία. Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε από τον Δεκέμβριο του 2018 έως τον Φεβρουάριο του 2019. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς, αφού πρώτα ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και τους δόθηκαν οι οδηγίες. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Δόθηκαν διαβεβαιώσεις για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των στοιχείων της έρευνας, καθώς επίσης και για το ότι οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους εκπαιδευτικούς εφόσον είχε προηγουμένως ενημερωθεί η Διεύθυνση των εκάστοτε σχολείων. Η συμπλήρωση τους δεν έγινε άμεσα, για το λόγο αυτό η ερευνήτρια επέστρεψε σε κάθε σχολείο ώστε να συλλέξει τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Ίσως αυτός να ήταν και ο λόγος που αρκετά από αυτά δεν επεστράφησαν.

4.6. Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο

σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων μεταβλητών που σχετίζονται με τις βαθμολογίες γνώσεων και πεποιθήσεων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha.

Επίσης, εφαρμόστηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση για το Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων για τη ΔΕΠΥ, προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των μεταβλητών σε λιγότερες, μέσω εντοπισμού πιθανών διαστάσεων (dimensions). Μετά τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, προκειμένου να εντοπιστούν αυτές με δείκτη ($r > .03$), συνολικά 10 λήμματα του ερωτηματολογίου πεποιθήσεων εισήχθησαν στη διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Εφαρμόστηκε η μέθοδος ανάλυσης κύριων συνιστωσών (PCA: Principal Component Analysis) με περιστροφή μέγιστης διακύμανσης (varimax rotation) η οποία ελαχιστοποιεί τον αριθμό των μεταβλητών που διατηρούν υψηλά παραγοντικά φορτία σε κάθε παράγοντα, μεγιστοποιώντας παράλληλα τη διακύμανση των τετραγώνων των παραγοντικών φορτίων, και συμβάλλοντας έτσι στην απλούστευση της ερμηνείας των παραγόντων και εξαγωγή παραγόντων, δηλαδή συνιστωσών με ιδιοτιμή τη μονάδα και άνω. Ο δείκτης ολικής επάρκειας της δειγματοληψίας (sampling adequacy) των Kaiser - Meyer- Olkin (KMO) ο οποίος δηλώνει αξιόλογη ομογένεια των μεταβλητών (0.873) και το Bartlett's test of Sphericity ($p < 0.01$) θεωρήθηκαν επαρκείς για την καταλληλότητα εφαρμογής της μεθόδου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ανά ομάδα, παρουσιάζονται στον Πίνακα1. Από τη συγκριτική ανάλυση μεταξύ των δύο ομάδων δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών και το χρόνο της διδακτικής εμπειρίας. Αντιθέτως, μεταξύ των δύο ομάδων, βρέθηκαν αξιοσημείωτες στατιστικώς σημαντικές διαφορές: (α) στις σπουδές ($\chi^2= 38,02$, $p < 0.001$), όπου μεγαλύτερο ποσοστό εκπαιδευτικών των ιδιωτικών σχολείων δήλωσε ότι είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου(62,5%) έναντι της ομάδας των εκπαιδευτικών που εργάζονται σε δημόσια σχολεία (17,8%),(β) στην μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή ($\chi^2=11,17$, $p < 0.001$), όπου υπερτερούσαν οι εκπαιδευτικοί των δημοσίων σχολείων (15,8%) έναντι των ιδιωτικών σχολείων (1,3%).

5.2. Διδακτική εμπειρία σε μαθητές με ΔΕΠΥ

Το 94,1% των εκπαιδευτικών των δημοσίων σχολείων δήλωσαν ότι έχουν τμήμα ένταξης στο σχολείο τους. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων αναφορικά με το αν είχαν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ και με το αν είχαν διδάξει μαθητές με ΔΕΠΥ. Ωστόσο, οι εκπαιδευτικοί των δημοσίων σχολείων είχαν συνεργαστεί σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά με το ΚΕΣΥ ή με σχολικούς συμβούλους σε σύγκριση με τους εργαζομένους στα ιδιωτικά σχολεία.

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		Σχολείο				P Pearson's χ^2 test
		Ιδιωτικό		Δημόσιο		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρας	23	29,1	25	25,3	0,564
	Γυναίκα	56	70,9	74	74,7	
Ηλικία	22-35	24	30,4	27	26,7	0,219
	36-50	37	46,8	39	38,6	
	>50	18	22,8	35	34,7	
Έγγαμοι	Όχι	28	35,0	32	31,7	0,638
	Ναι	52	65,0	69	68,3	
Έχετε παιδιά	Όχι	23	29,1	33	32,7	0,610
	Ναι	56	70,9	68	67,3	
Αν ναι, πόσα, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,81 (0,74)	2 (1 - 2)	1,75 (0,72)	2 (1 - 2)	0,584 \ddagger
Σπουδές:	Ακαδημία	4	5,0	10	9,9	<0,001
	A.E.I.	26	32,5	73	72,3	
	Μετα-πτυχιακό	50	62,5	18	17,8	
Μετ-εκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή	Όχι	79	98,8	85	84,2	0,001
	Ναι	1	1,3	16	15,8	
Χρόνια εκπαιδευτικής εμπειρίας, μέση τιμή (SD)		17,4 (9,7)		18,2 (9,9)		0,577\ddagger

\ddagger Mann-Whitneytest

Πίνακας 2. Διδακτική εμπειρία σε μαθητές με ΔΕΠΥ.

		Σχολείο				P Pearson's χ^2 test
		Ιδιωτικό		Δημόσιο		
		N	%	N	%	
Έχετε τμήμα ένταξης στο σχολείο σας;	Όχι	0	0,0	6	5,9	0,035+
	Ναι	80	100,0	95	94,1	
Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ;	Όχι	43	54,4	51	51,0	0,648
	Ναι	36	45,6	49	49,0	
Αν ναι, τι;	Ομιλία	13	41,9	16	35,6	0,574
	Ημερίδα	10	32,3	19	42,2	0,380
	Εκπαίδευση εντός σχολείου	5	16,1	4	8,9	0,473+
	Σεμινάριο ευαισθητοποίησης	13	41,9	20	44,4	0,828
Έχετε διδάξει μαθητές με ΔΕΠΥ (διαγνωσμένη);	Όχι	19	24,4	29	29,3	0,464
	Ναι	59	75,6	70	70,7	
Εάν ναι, πόσους; μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		6,5 (7,1)	3 (1 - 10)	6,4 (7,1)	3,5 (2 - 8)	0,847 $\ddagger\ddagger$
Έχετε συνεργαστεί για θέματα που αφορούν τους μαθητές σας με διαγνωσμένη ΔΕΠΥ με κάποιο φορέα;	Όχι	23	29,5	33	33,0	0,617
	Ναι	55	70,5	67	67,0	
Αν ναι, προσδιορίστε	ΚΕΔΔΥ	29	52,7	48	71,6	0,031
	Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα/ΚΨΥ/Νοσοκομεία	15	27,3	24	35,8	0,314
	Σχολικοί Σύμβουλοι	13	23,6	36	53,7	0,001
	Ιδιωτικά Κέντρα	27	49,1	23	34,3	0,099
	Άλλον	11	20,8	7	11,3	0,164
Αν έχετε συνεργαστεί με κάποιους, πόσο χρήσιμη ήταν η συνεργασία αυτή για εσάς;	Καθόλου χρήσιμη	2	3,8	8	12,5	0,105
	Αρκετά χρήσιμη	37	69,8	34	53,1	
	Πολύ χρήσιμη	14	26,4	22	34,4	
		Σχολείο				P

		Ιδιωτικό		Δημόσιο		Pearson's χ^2 test
Ποιες από τις παρακάτω δραστηριότητες θεωρείτε χρήσιμο να υλοποιηθούν στη διάρκεια της επόμενης σχολικής χρονιάς χωρίς να διαταράξουν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα;	Εκπαιδευτικό σεμινάριο για δασκάλους όσον αφορά τη στήριξη μαθητών με ΔΕΠΥ	63	79,7	85	84,2	0,442
	Ομάδες συζήτησης και στήριξης δασκάλων	44	55,7	57	56,4	0,921
	Ομιλία και συζήτηση με τους γονείς του σχολείου	29	36,7	42	41,6	0,507

[†]Fisher's exact test, [‡]Mann-Whitney test

5.3. Πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ.

Στον Πίνακα 3. δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων (συνολικό δείγμα) στις ερωτήσεις που αφορούσαν στις πεποιθήσεις τους για τη ΔΕΠΥ. Τα ποσοστά διαφωνίας κυμαίνονταν από 16,9% μέχρι 91,1%. Συγκεκριμένα, το 16,9% διαφωνούσε με την πρόταση «Οι πληροφορίες στο διαδίκτυο και άρθρα εφημερίδων με κάνουν επιφυλακτικό/-η για τη χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά με ΔΕΠΥ» και το 91,1% με την πρόταση «Όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να παίρνουν φάρμακα».

Πίνακας 3.Πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ στο συνολικό δείγμα.

Μεταβλητή	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ μάλλον	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ μάλλον	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μάλλον/ Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Η ΔΕΠΥ είναι μια 'καλή' δικαιολογία για την ανυπάκουη και αντιδραστική συμπεριφορά των παιδιών.	4 (2,2)	11 (6,1)	17 (9,4)	23 (12,7)	20 (11)	71 (39,2)	35 (19,3)	69,5
Η ΔΕΠΥ είναι μια μόδα/ένα φαινόμενο της εποχής.	1 (0,6)	16 (8,9)	19 (10,6)	26 (14,4)	22 (12,2)	64 (35,6)	32 (17,8)	65,6
Η διάγνωση ΔΕΠΥ προσφέρει δικαιολογία στους γονείς να αποποιούνται κάθε ευθύνη για τη δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού.	4 (2,2)	37 (20,4)	43 (23,8)	37 (20,4)	18 (9,9)	25 (13,8)	17 (9,4)	33,1
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους εάν πραγματικά το ήθελαν.	2 (1,1)	9 (5)	10 (5,5)	21 (11,6)	42 (23,2)	66 (36,5)	31 (17,1)	76,8
Οι μαθητές με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να τα καταφέρουν καλύτερα στα μαθήματα, εάν μόνο προσπαθούσαν περισσότερο.	1 (0,6)	9 (5)	7 (3,9)	18 (9,9)	41 (22,7)	75 (41,4)	30 (16,6)	80,7
Η ΔΕΠΥ σε παιδιά σχολικής ηλικίας σχετίζεται με τη μη συνεπή εφαρμογή κανόνων από τους γονείς και συνεπειών για την παράβασή τους.	4 (2,2)	19 (10,6)	25 (13,9)	26 (14,4)	21 (11,7)	65 (36,1)	20 (11,1)	58,9
Μερικά παιδιά αναπτύσσουν ΔΕΠΥ επειδή θέλουν να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων.	2 (1,1)	8 (4,4)	9 (5)	14 (7,7)	35 (19,3)	71 (39,2)	42 (23,2)	81,7
Η ΔΕΠΥ είναι απόρροια προβλημάτων στην	1 (0,6)	4 (2,2)	20 (11)	40 (22,1)	29 (16)	65 (35,9)	22 (12,2)	64,1

οικογένεια, συζυγικών συγκρούσεων ή διαζυγίου.								
Η ΔΕΠΥ είναι συνέπεια εφαρμογής αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης από τους γονείς κατά τη βρεφονηπιακή και προσχολική ηλικία.	1 (0,6)	5 (2,8)	13 (7,2)	30 (16,7)	32 (17,8)	67 (37,2)	32 (17,8)	72,8
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα.	0 (0)	9 (5)	26 (14,4)	46 (25,6)	24 (13,3)	60 (33,3)	15 (8,3)	54,9
Όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να παίρνουν φάρμακα.	1 (0,6)	0 (0)	0 (0)	15 (8,3)	14 (7,7)	67 (37)	84 (46,4)	91,1
Οι πληροφορίες στο διαδίκτυο και άρθρα εφημερίδων με κάνουν επιφυλακτικό/-η για τη χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά με ΔΕΠΥ.	24 (13,5)	53 (29,8)	20 (11,2)	51 (28,7)	6 (3,4)	18 (10,1)	6 (3,4)	16,9
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως είναι πιο έξυπνα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ.	1 (0,6)	7 (3,9)	18 (10)	79 (43,9)	13 (7,2)	45 (25)	17 (9,4)	41,6
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να διδάσκονται από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής.	7 (3,9)	24 (13,3)	31 (17,1)	45 (24,9)	23 (12,7)	47 (26)	4 (2,2)	40,9

5.4. Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (Exploratory Factor Analysis)

Από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο ανάλυσης κύριων συνιστωσών (PCA: Principal Component Analysis) με περιστροφή μέγιστης διακύμανσης (varimax rotation) προέκυψαν δύο παράγοντες ερμηνεύοντας το 58,67% της συνολικής διακύμανσης. Οι συντελεστές συσχέτισης (φορτία) των μεταβλητών παρατίθενται στον Πίνακα 3. Ο πρώτος παράγοντας, με ιδιοτιμή 4,69 εξηγεί το 46,86% της διακύμανσης, και περιλαμβάνει λήμματα της συνιστώσας, με φορτία που κυμαίνονται από 0.471 έως 0.855, που περιγράφουν τη ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα

εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού (π.χ. «*Η ΔΕΠΥ είναι ένα φαινόμενο/μόδα της εποχής*», «*Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους εάν πραγματικά το ήθελαν*»). Ο δεύτερος παράγοντας, με ιδιοτιμή 1,18, εξηγεί το 11,81% της διακύμανσης και περιλαμβάνει τα λήμματα της συνιστώσας, με φορτία που κυμαίνονται από 0.471 έως 0.845, που περιγράφουν την πεποίθηση ότι ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς γονεϊκής μέριμνας, δηλαδή ότι οι γονείς ευθύνονται για τη συμπεριφορά του παιδιού (π.χ. «*Η ΔΕΠΥ είναι απόρροια των προβλημάτων στην οικογένεια*»).

Με βάση τα αποτελέσματα της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης, δημιουργήθηκαν δύο υποκλίμακες: (α) ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού (6 λήμματα) και (β) ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς γονεϊκής μέριμνας (4 λήμματα). Στην παρούσα μελέτη, το Cronbach's alpha είναι 0,82 και 0,81 αντίστοιχα, τιμές που υποδηλώνουν ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των δύο υποκλιμάκων ενώ το Cronbach's alpha για τη συνολική κλίμακα είναι 0,87.

Πίνακας 4. Παραγοντική ανάλυση της Κλίμακας Πεποιθήσεων για τη ΔΕΠΥ – η μήτρα των κατά ζεύγη συσχετίσεων (factor matrix) των μεταβλητών μετά από περιστροφή μέγιστης διακύμανσης (varimax rotated)

	Παράγοντας I	Παράγοντας II
Οι μαθητές με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να τα καταφέρουν καλύτερα στα μαθήματα, εάν μόνο προσπαθούσαν περισσότερο.	,855	,107
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους εάν πραγματικά το ήθελαν.	,797	,124
Η ΔΕΠΥ είναι μια 'καλή' δικαιολογία για την ανυπάκουη και αντιδραστική συμπεριφορά των παιδιών.	,637	,263
Η ΔΕΠΥ είναι μια μόδα της εποχής/φαινόμενο της εποχής.	,616	,338
Μερικά παιδιά αναπτύσσουν ΔΕΠΥ επειδή θέλουν να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων.	,556	,471
Η διάγνωση ΔΕΠΥ προσφέρει δικαιολογία στους γονείς να αποποιούνται κάθε ευθύνη για τη δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού.	,471	,385
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα.	-,031	,845
Η ΔΕΠΥ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια, συζυγικών συγκρούσεων ή διαζυγίου.	,333	,734
Η ΔΕΠΥ είναι συνέπεια εφαρμογής αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης από τους γονείς κατά τη βρεφονηπιακή και προσχολική ηλικία.	,396	,709
Η ΔΕΠΥ σε παιδιά σχολικής ηλικίας σχετίζεται με τη μη συνεπή εφαρμογή κανόνων από τους γονείς και συνεπειών για την παράβασή τους.	,355	,674
Kaiser - Meyer- Olkin (KMO) = 0.873		
Bartlett's test of Sphericity p<0.01		

5.4.1. Σύγκριση Ομάδων στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Πεποιθήσεων για τη ΔΕΠΥ

Οι υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες δηλώνουν υψηλότερο βαθμό διαφωνίας με τα λήγματα.

Πίνακας 5. Μέσος όρος και τυπικές αποκλίσεις μετρήσεων των υποκλιμάκων της Κλίμακας Πεποιθήσεων των Εκπαιδευτικών.

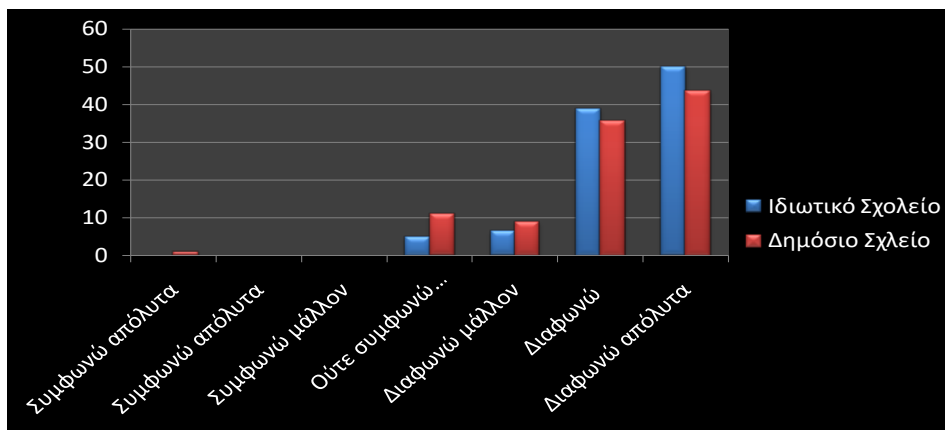
	Σχολείο				t-test ^p	
	Ιδιωτικό ((N=79)		Δημόσιο (N=101)			
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD		
Η ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού	31,14	6,05	29,51	6,06	1,79	0,076
Η ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς γονεϊκής μέριμνας	18,89	4,48	19,32	4,19	-0,66	0,508

Προκειμένου να διερευνηθούν οι πιθανές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά στις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠΥ ακολουθήθηκε η μέθοδος t-test για ανεξάρτητες ομάδες. Από την ανάλυση δεν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά στο ότι η «ΔΕΠΥ είναι αποτέλεσμα εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού», $t(178) = 1,79, p = 0,076$] και όσον αφορά στο ότι η «ΔΕΠΥ είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς γονεϊκής μέριμνας», $t(178) = -0,66, p = 0,508$], συνεπώς δεν επιβεβαιώθηκε η πρώτη ερευνητική υπόθεση.

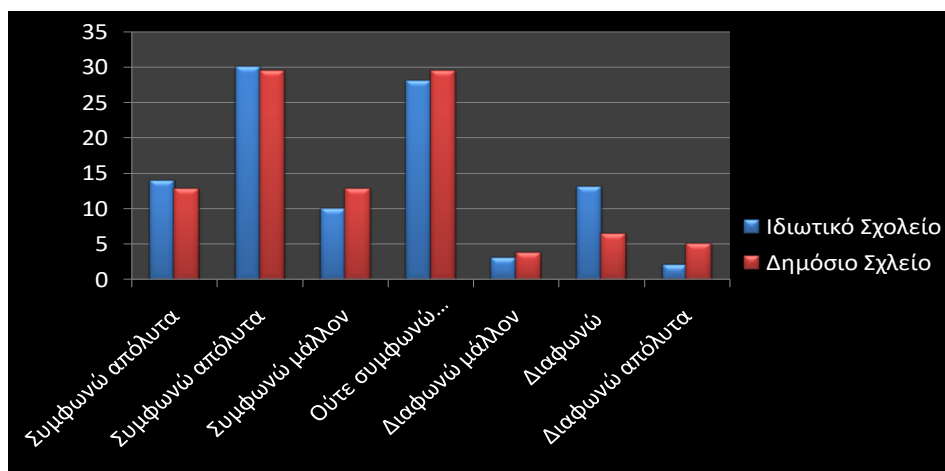
5.4.2. Πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή

Η συντριπτική πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, τόσο των ιδιωτικών, όσο και των δημόσιων σχολείων διαφωνεί με την πρόταση «Όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να παίρνουν φάρμακα» (βλέπε Γράφημα 1).

Το ποσοστό των εκπαιδευτικών που διαφωνούσαν με την πρόταση «Οι πληροφορίες στο διαδίκτυο και άρθρα εφημερίδων με κάνουν επιφυλακτικό για τη χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά με ΔΕΠΥ» ήταν μικρό τόσο στα ιδιωτικά όσο και στα δημόσια σχολεία (15,4% έναντι 18% αντίστοιχα [χ^2 (N=178, 1) = 0,214, p=0.644])(βλέπε Γράφημα 2).



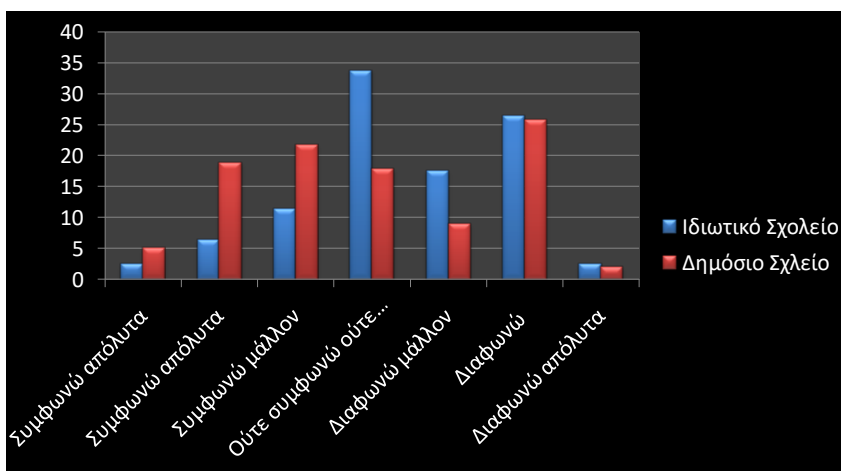
Γράφημα 1. Ποσοστά των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στην ερώτηση «Όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να παίρνουν φάρμακα (%) ανά σχολείο»



Γράφημα 2. Ποσοστά των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στην ερώτηση «Οι πληροφορίες στο διαδίκτυο και άρθρα εφημερίδων με κάνουν επιφυλακτικό για τη χορήγηση φαρμάκων (%) ανά σχολείο»

5.4.3. Πεποιθήσεις σχετικά με τη συμπερίληψη των μαθητών με ΔΕΠΥ στη Γενική Εκπαίδευση

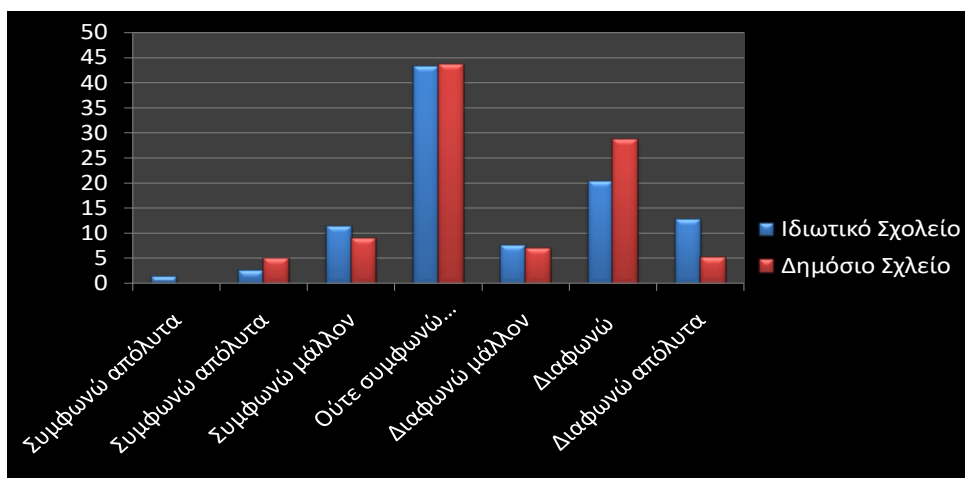
Από την επισκόπηση του παραπάνω Γραφήματος 3 παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες από τα δημόσια σχολεία συμφωνούσαν περισσότερο με την πρόταση «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να διδάσκονται από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες από τα ιδιωτικά σχολεία. Προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά στα ποσοστά των εκπαιδευτικών που διαφωνούσαν με την συγκεκριμένη πρόταση χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο chi-square (το 46,3% των εκπαιδευτικών στα ιδιωτικά σχολεία έναντι του 36,3% στα δημόσια σχολεία). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με το ακριβές κριτήριο Fisher's exact test, ($p=0,191$).



Γράφημα 3. Ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να διδάσκονται από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής»

5.4.4. Πεποίθηση των εκπαιδευτικών σχετικά με το νοητικό δυναμικό των παιδιών με ΔΕΠΥ

Από την επισκόπηση του Γραφήματος 4 φαίνονται παρόμοιες οι πεποιθήσεις σχετικά με το νοητικό δυναμικό των μαθητών με ΔΕΠΥ των συμμετεχόντων από τα δημόσια και τα ιδιωτικά σχολεία. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των εκπαιδευτικών που διαφωνούσαν με την πρόταση «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως είναι πιο έξυπνα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ» ήταν μέτριο τόσο στα ιδιωτικά όσο και στα δημόσια σχολεία (40,5% έναντι 42,6% αντίστοιχα [$\chi^2 (N=180, 1) = 0,078, p=0.780$]).



Γράφημα 4. Ποσοστά τωναπαντήσεων στην ερώτηση «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι συνήθως πιο έξυπνα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ»

5.5.. Γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τη ΔΕΠΥ

5.5.1.Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο γνώσεων ADHD-KQ στο συνολικό δείγμα

Στον Πίνακα 6 δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις γνώσεων καθώς και τα ποσοστά σωστών απαντήσεων.

Πίνακας 6. Γνώσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ στο συνολικό δείγμα.

Λήμμα	Δε γνωρίζω	Σωστό	Λάθος	Σωστή απάντηση (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και διάσπαση προσοχής.	1 (0,6)	177 (97,8)	3 (1,7)	97,8
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ δεν διαφέρουν από τους συνομήλικούς τους ως προς τις γνωστικές τους δεξιότητες, απλώς είναι πιο ζωηρά και απείθαρχα.	12 (6,7)	132 (73,7)	35 (19,6)	19,6
Η ΔΕΠΥ είναι εξίσου συχνή στα αγόρια και στα κορίτσια.	42 (23,2)	39 (21,5)	100 (55,2)	55,2
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν καλές κοινωνικές δεξιότητες.	37 (21)	53 (30,1)	86 (48,9)	48,9
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως έχουν γνωστικά ελλείμματα (π.χ. μνήμη).	37 (20,7)	80 (44,7)	62 (34,6)	44,7
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως δεν έχουν πρόβλημα με την ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών - όσο γρήγορα κινούνται άλλο τόσο γρήγορα μπορούν να επεξεργαστούν πληροφορίες.	42 (23,6)	45 (25,3)	91 (51,1)	51,1
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν μικρότερη δραστηριότητα σε περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά.	118 (66,3)	35 (19,7)	25 (14,0)	19,7
Οι μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠΥ οφείλονται πρωτίστως στα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως αντιδραστικότητα, ανυπακοή, νευρικότητα.	24 (13,3)	87 (48,3)	69 (38,3)	38,3
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορούν να ακολουθήσουν οδηγίες και να οργανώσουν πολύπλοκες εργασίες εάν πραγματικά το θέλουν.	35 (19,6)	45 (25,1)	99 (55,3)	55,3
Η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση από τους γονείς μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠΥ στο παιδί.	42 (23,2)	22 (12,2)	117 (64,6)	64,6
Η φαρμακευτική αγωγή καταστέλλει τα παιδιά με ΔΕΠΥ και τα κάνει πιο υπάκουα.	80 (44,4)	52 (28,9)	48 (26,7)	26,7
Το παιδί που συγκεντρώνεται σε δραστηριότητες της επιλογής του (π.χ. υπολογιστής) δεν μπορεί να έχει ΔΕΠΥ.	37 (20,7)	10 (5,6)	132 (73,7)	73,7
Η φαρμακευτική αγωγή δεν έχει καμία επίδραση στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (είναι αναποτελεσματική).	91 (50,6)	14 (7,8)	75 (41,7)	41,7
Το παιδί με ΔΕΠΥ δεν χρειάζεται τίποτε περισσότερο από την εφαρμογή αυστηρής πειθαρχίας.	13 (7,2)	8 (4,4)	160 (88,4)	88,4
Η μειωμένη μαθησιακή απόδοση συνδέεται περισσότερο με τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας παρά με τη διάσπαση προσοχής.	38 (21,3)	25 (14,0)	115 (64,6)	64,6
Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ αλλάζουν καθώς το παιδί μεγαλώνει.	58 (32,4)	103 (57,5)	18 (10,1)	57,5
Το παιδί που δεν εμφανίζει υπερκινητικότητα δεν μπορεί να διαγνωστεί με ΔΕΠΥ.	42 (23,3)	15 (8,3)	123 (68,3)	68,3
Η ΔΕΠΥ είναι αποκλειστικά γενετική διαταραχή, δηλαδή οφείλεται σε κάποιο γονίδιο/-α.	99 (55,6)	36 (20,2)	43 (24,2)	24,2
Η ΔΕΠΥ είναι μια διαταραχή βραχείας διάρκειας που βελτιώνεται με το πέρασμα του χρόνου και δεν χρήζει παρέμβασης.	30 (16,6)	4 (2,2)	147 (81,2)	81,2
	Δε γνωρίζω N (%)	Σωστό	Λάθος	Σωστή απάντηση (%)

Λήμμα		N (%)	N(%)	
Οι μαθησιακές δυσκολίες οφείλονται κυρίως στη μειωμένη ικανότητα του παιδιού να καταχωρήσει και να διατηρήσει τις πληροφορίες στη μνήμη του.	52 (29,2)	61 (34,3)	65 (36,5)	34,3
Η ζάχαρη, τα συντηρητικά και οι χρωστικές ουσίες ευθύνονται για την εκδήλωση της ΔΕΠΥ.	78 (43,3)	11 (6,1)	91 (50,6)	50,6
Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν ΔΕΠΥ.	118 (65,2)	33 (18,2)	30 (16,6)	18,2
Στην περίπτωση της ανταπόκρισης του παιδιού στη φαρμακευτική αγωγή οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις δεν είναι απαραίτητες.	27 (15,1)	0 (0)	152 (84,9)	84,9
Όταν υπάρχουν προβλήματα στην οικογένεια (π.χ. διαταραγμένες ενδο-οικογενειακές σχέσεις, συζυγικές συγκρούσεις) ενδείκνυται παρέμβαση στην οικογένεια και όχι στο παιδί για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ.	34 (19,1)	70 (39,3)	74 (41,6)	41,6
Η υπερκινητική συμπεριφορά, η παρορμητικότητα και οι δυσκολίες στη συγκέντρωση αποτελούν δευτερογενή προβλήματα στην περίπτωση των παιδιών με γενικευμένες ή ειδικές (π.χ. δυσλεξία) μαθησιακές δυσκολίες ή διαταραχή διαγωγής. Ως εκ τούτου η διάγνωση της ΔΕΠΥ δεν υφίσταται.	45 (25,4)	14 (7,9)	118 (66,7)	66,7
Τα παιδιά με ΔΕΠΥ δεν έχουν δυσκολία να διατηρήσουν το κίνητρο για δραστηριότητες, που μπορεί να είναι κάποια επιβράβευση ή ευχαρίστηση, έστω κι αν αυτή καθυστερεί.	23 (13,0)	76 (42,9)	78 (44,1)	44,1
Οι μαθητές με ΔΕΠΥ χρήζουν της ίδιας διδακτικής προσέγγισης όπως οι άλλοι μαθητές.	7 (4,0)	28 (15,8)	142 (80,2)	80,2
Η τροποποίηση του περιβάλλοντος της τάξης (π.χ. διάταξη θέσεων) συμβάλλει στην επιδείνωση της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠΥ.	28 (15,6)	114 (63,7)	37 (20,7)	20,7
Ο ρόλος του δασκάλου είναι περιορισμένος στο να βοηθήσει έναν μαθητή με ΔΕΠΥ μέσα στην τάξη.	10 (5,6)	40 (22,5)	128 (71,9)	71,9
Η ΔΕΠΥ ανήκει στην κατηγορία των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες	31(17,3)	115(64,2)	33(18,4)	-

Τα ποσοστά σωστών απαντήσεων κυμαίνονταν από 18,2% έως 97,8%. Οι ακόλουθες ερωτήσεις έλαβαν σωστή απάντηση στο >80% του δείγματος: (α) «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και διάσπαση προσοχής», (β) «Το παιδί με ΔΕΠΥ δεν χρειάζεται τίποτε περισσότερο από την εφαρμογή αυστηρής πειθαρχίας» (γ) «Οι μαθητές με ΔΕΠΥ χρήζουν της ίδιας διδακτικής προσέγγισης όπως οι άλλοι μαθητές», (δ) «Στην περίπτωση της ανταπόκρισης του παιδιού στη φαρμακευτική αγωγή οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις δεν είναι απαραίτητες».

Οι ερωτήσεις που έλαβαν την απάντηση «Δε γνωρίζω» στο 1/3 (>33%) του δείγματος ήταν: (α) «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν μικρότερη δραστηριότητα σε περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά», (β) «Η φαρμακευτική αγωγή καταστέλλει τα παιδιά με ΔΕΠΥ και τα κάνει πιο υπάκουα», (γ) «Η φαρμακευτική αγωγή δεν έχει καμία επίδραση στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (είναι αναποτελεσματική)», (δ) «Η ΔΕΠΥ είναι αποκλειστικά γενετική διαταραχή, δηλαδή οφείλεται σε κάποιο γονίδιο/-α», (ε) «Η ζάχαρη, τα συντηρητικά και οι χρωστικές ουσίες ευθύνονται για την εκδήλωση της ΔΕΠΥ», και (στ) «Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν ΔΕΠΥ».

Εσφαλμένες γνώσεις στο 1/3 (>33%) του δείγματος ήταν:(α) «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ δεν διαφέρουν από τους συνομήλικούς τους ως προς τις γνωστικές τους δεξιότητες, απλώς είναι πιο ζωηρά και απείθαρχα.», (β) «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως έχουν γνωστικά ελλείμματα (π.χ. μνήμη).», (γ) «Οι μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠΥ οφείλονται πρωτίστως στα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως αντιδραστικότητα, ανυπακοή, νευρικότητα.», (δ) «Οι μαθησιακές δυσκολίες οφείλονται κυρίως στη μειωμένη ικανότητα του παιδιού να καταχωρήσει και να διατηρήσει τις πληροφορίες στη μνήμη του.», (ε) «Όταν υπάρχουν προβλήματα στην οικογένεια (π.χ. διαταραγμένες ενδο-οικογενειακές σχέσεις, συζυγικές συγκρούσεις) ενδείκνυται παρέμβαση στην οικογένεια και όχι στο παιδί για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ.», (στ) «Τα παιδιά με ΔΕΠΥ δεν έχουν δυσκολία να διατηρήσουν το κίνητρο για δραστηριότητες, που μπορεί να είναι κάποια επιβράβευση ή ευχαρίστηση, έστω κι αν αυτή καθυστερεί.», και (ζ) «Η τροποποίηση του περιβάλλοντος της τάξης (π.χ. διάταξη θέσεων) συμβάλλει στην επιδείνωση της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠΥ.»

Στην ερώτηση εάν η ΔΕΠΥ ανήκει στην κατηγορία των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, το 1/3 του δείγματος δεν γνώριζε ή έδωσε λάθος απάντηση (βλέπε Γράφημα 5).

Γράφημα Απάντηση στην ερώτηση «Η ΔΕΠΥ ανήκει στην κατηγορία των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες»



Γράφημα 5. Ποσοστά των απαντήσεων των εκπαιδευτικών στην ερώτηση «Η ΔΕΠΥ ανήκει στην κατηγορία των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες»

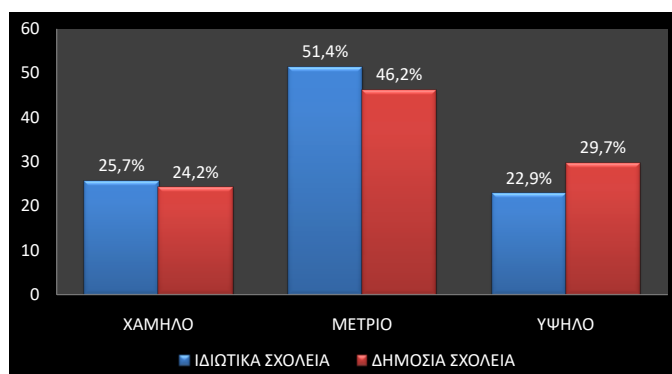
5.5.2. Σύγκριση Ομάδων στο ερωτηματολόγιο γνώσεων ADHD-KQ

Προκειμένου να διερευνηθούν οι πιθανές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων εκπαιδευτικών όσον αφορά τις γνώσεις για τη ΔΕΠΥ ακολουθήθηκε η μέθοδος t-test για ανεξάρτητες ομάδες. Από την ανάλυση δεν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά στη συνολική γνώση, αλλά και στις γνώσεις που αφορούν επιμέρους τομείς (βλέπε Πίνακας 7). Συνεπώς, η δεύτερη ερευνητική υπόθεση ότι οι εκπαιδευτικοί που εργάζονται σε σχολική μονάδα όπου λειτουργεί ψυχοπαιδαγωγική υπηρεσία έχουν καλύτερη γνώση για τη ΔΕΠΥ δεν επιβεβαιώθηκε.

Πίνακας 7. Μέση τιμή και τυπικές αποκλίσεις μετρήσεων της συνολικής γνώσης και των υποκλιμάκων των γνώσεων.

	Ιδιωτικό σχολείο MT(TA)	Δημόσιο σχολείο MT(TA)	t-test	p	df
ADHD-KQ συνολική βαθμολογία	14,94 (4,94)	15,27 (5,10)	-0.415	0.679	159
Συμπτώματα/διάγνωση	5,51(1,87)	5,51(1,84)	0.029	0.977	169
Αίτια της διαταραχής	2,13(1,39)	2,22(1,47)	-0.376	0.705	170
Γνωστικά ελλείμματα/Μάθηση	2,96 (1,70)	3,10(1,99)	-0.470	0.639	171
Διαχείριση	4,34 (1,72)	4,73 (1,56)	-1.55	0.124	173

Βάσει των τιμών που αντιστοιχούν στα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (IQR1, IQR3) δημιουργήσαμε 3 ομάδες που αντικατοπτρίζουν το επίπεδο της γνώσης των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ. Το Γράφημα 5. απεικονίζει το επίπεδο των γνώσεων των εκπαιδευτικών, όπου δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.



Γράφημα 6. Επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ

5.5.3.Συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών των γνώσεων και πεποιθήσεων

Αναφορικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, εξετάστηκαν οι δείκτες συνάφειας Pearson r μεταξύ των μεταβλητών των γνώσεων και των πεποιθήσεων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 8.Όλοι οι δείκτες συνάφειας είναι θετικής κατεύθυνσης και οι συσχετίσεις στατιστικώς σημαντικές για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.01$.

Από την επισκόπηση του Πίνακα 8. προκύπτει πως η πεποίθηση ότι η ΔΕΠΥ δεν είναι απόρροια εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού έχει θετική συσχέτιση με το βαθμό γνώσης για τη ΔΕΠΥ ($r = 0.36, p < 0.001$). Ακόμα, φαίνεται ότι η πεποίθηση αυτή συσχετίζεται θετικά με τη γνώση σχετικά με τη κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ ($r = 0.26, p < 0.01$), τη γνώση σχετικά με τα αίτια της διαταραχής ($r = 0.55, p < 0.01$) και τις παρεμβάσεις για τη ΔΕΠΥ ($r = 0.38, p < 0.01$). Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παραπάνω πεποίθησης και της γνώσης των γνωστικών ελλειμμάτων στη ΔΕΠΥ.

Πίνακας 8.Δείκτες συνάφειας Pearson's r μεταξύ των γνώσεων και των πεποιθήσεων.

	ADHD_KQ Συνολική βαθμολογία	Συμπτώματα/ Διάγνωση	Αίτια	Γνωστικά Ελλείμματα/Μάθηση	Διαχείριση
ΗΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς γονεϊκής μέριμνας	0.36**	0.26**	0.41***	0.09	0.41***
Η ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού	0.44***	0.35***	0.35***	0.28**	0.39***
Πεποιθήσεις Συν.βαθμολογία	0.44***	0.35***	0.39***	0.22**	0.43***

** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$,

5.5.4.Συσχέτιση της βαθμολογίας των πεποιθήσεων με το επίπεδο γνώσεων για τη ΔΕΠΥ, τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων (Ερευνητικό ερώτημα 4 και 5)

Στον Πίνακα 9 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία πεποιθήσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία όπου δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε καμία από τις μεταβλητές.

Πίνακας 9.Συνολική βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους χαρακτηριστικά.

		Συνολική βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άνδρας	47,13	9,22	0,116
	Γυναίκα	49,68	9,69	
Ηλικία	22-35 (n=51)	50,04	10,25	0,180+
	36-50 (n=76)	49,87	8,39	
	>50(n=53)	47,02	10,53	
Σπουδές:	Ακαδημία (n=14)	48,07	11,87	0,672+
	Α.Ε.Ι. (n=99)	48,68	9,65	
	Μεταπτυχιακό (n=68)	49,88	9,14	
Μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή	Όχι(n=164)	48,71	9,62	0,108
	Ναι (n=17)	52,65	8,94	
Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ	Όχι (n=94)	48,03	9,71	0,104
	Ναι (n=85)	50,38	9,74	
Έχετε διδάξει μαθητές με ΔΕΠΥ(διαγνωσμένη);	Όχι (n=48)	48,81	9,71	0,623
	Ναι (n=129)	49,60	9,31	
Έχετε συνεργαστεί για θέματα	Όχι (n=56)	49,09	8,23	0,944

που αφορούν τους μαθητές σας με διαγνωσμένη ΔΕΠΥ με κάποιο φορέα;	Ναι (n=122)	49,20	10,07	
---	-------------	-------	-------	--

+ANOVA

Στον Πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας πεποιθήσεων και των ετών εκπαιδευτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 10. Βαθμολογία πεποιθήσεων και έτη εκπαιδευτικής εμπειρίας.

		ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς γονεϊκής μέριμνας	ΔΕΠΥ ως αποτέλεσμα εσκεμμένης συμπεριφοράς του παιδιού
Χρόνια εκπαιδευτικής εμπειρίας	r	-0,16	-0,19
	P	0,039	0,044

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στις δύο υποκλίμακες των πεποιθήσεων και των ετών εκπαιδευτικής εμπειρίας των συμμετεχόντων, που σημαίνει ότι όσο περισσότερα έτη εκπαιδευτικής εμπειρίας είχαν τόσο περισσότερο θετικοί ήταν απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠΥ.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των πεποιθήσεων και σαν ανεξάρτητες τη συνολική βαθμολογία γνώσεων για τη ΔΕΠΥ, τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 11. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των πεποιθήσεων.

Μεταβλητή		β +	SE++	P
Συνολική Βαθμολογία Γνώσεων		0,51	0,15	0,000
Φύλο	Ανδρας (αναφορά)	0,07	1,72	0,362
	Γυναίκα			
Σπουδές:	Μεταπτυχιακό (αναφορά)	0,06	1,22	0,450
	Ακαδημία			
	A.E.I.			
Μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή	Όχι (αναφορά)	0,07	2,66	0,403
	Ναι			
Χρόνια εκπαιδευτικής εμπειρίας		-0,14	0,14	0,392
Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ	Όχι (αναφορά)	0,16	1,50	0,048
	Ναι			
Έχετε διδάξει μαθητές με ΔΕΠΥ(διαγνωσμένη);	Όχι (αναφορά)	0,03	1,83	0,727
	Ναι			
Έχετε συνεργαστεί για θέματα που αφορούν τους μαθητές σας με διαγνωσμένη ΔΕΠΥ με κάποιο φορέα;	Όχι (αναφορά)	0,08	1,76	0,371
	Ναι			

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Το επίπεδο των γνώσεων βρέθηκε να είναι ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της βαθμολογίας των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερη γνώση είχαν οι εκπαιδευτικοί τόσο λιγότερες λανθασμένες πεποιθήσεις είχαν και κατ' επέκταση θετικότερη στάση απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠΥ. Η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη ΔΕΠΥ βρέθηκε, επίσης, να σχετίζεται με μια θετικότερη στάση.

5.5.5.Συσχέτιση της βαθμολογίας γνώσεων με δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων (ερευνητικό ερώτημα 5)

Στον Πίνακα 12 που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία γνώσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία γνώσεων, υποδηλώνοντας υψηλότερη γνώση, είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ. Η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των γνώσεων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων ανέδειξε την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη ΔΕΠΥ ως τον μόνο σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα του επιπέδου των γνώσεων των εκπαιδευτικών, $\beta_{std.}=0.275$, $t=3,450$, $p=0.001$, $R^2_{adj.}=0.069$.

Πίνακας 12. Βαθμολογία γνώσεων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		Βαθμολογία γνώσεων (%)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	TA	
Φύλο	Άνδρας	14,31	5,61	0,241
	Γυναίκα	15,37	4,78	
Ηλικία	22-35	15,60	4,35	0,313+
	36-50	1,62	5,00	
	>50	14,33	5,19	
Σπουδές:	Ακαδημία	16,08	1,67	0,693+
	A.E.I.	14,88	0,51	
	Μεταπτυχιακό	15,31	0,68	
Μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή	Όχι (n=147)	14,91	5,10	0,064
	Ναι (n=14)	17,50	3,37	
Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ	Όχι (n=88)	14,05	5,12	0,010
	Ναι (n=71)	16,41	4,65	
Έχετε διδάξει μαθητές με ΔΕΠΥ(διαγνωσμένη);	Όχι (n=46)	14,74	4,63	0,549
	Ναι (n=111)	15,27	5,20	
Έχετε συνεργαστεί για θέματα που αφορούν τους μαθητές σας με διαγνωσμένη ΔΕΠΥ με κάποιο φορέα;	Όχι (n=46)	14,74	4,63	0,076
	Ναι (n=111)	15,27	5,20	

+ANOVA

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι εκπαιδευτικοί θεωρούνται από τις πιο πολύτιμες πηγές για την άντληση πληροφοριών απαραίτητων για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Είναι σημαντικό να είναι κατάλληλα ενημερωμένοι για τη διαταραχή, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα συμπτώματα και να βοηθήσουν στην παρέμβαση παρέχοντας τις απαραίτητες πληροφορίες στους ειδικούς. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί υστερούν σε γνώσεις, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την αντιμετώπιση της διαταραχής.

Σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει τις πεποιθήσεις και τις γνώσεις των Ελλήνων εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ και την εύρεση πιθανών διαφορών αναλόγως την εργασία τους σε ιδιωτική ή δημόσια σχολική μονάδα και το κατά πόσον αυτές διαφοροποιούνται από τη λειτουργία ή μη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας στη σχολική μονάδα που εργάζονταν. Το 72% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, ωστόσο το φύλο δε φάνηκε να συσχετίζεται σημαντικά με τις γνώσεις και τις στάσεις για τη ΔΕΠΥ. Ο μέσος όρος της διδακτικής εμπειρίας ήταν περίπου τα 20 έτη και το 55,8% ήταν εκπαιδευτικοί σε δημόσιο σχολείο. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (47,5%) είχαν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ. Το 73% είχε διδακτική εμπειρία σε σχέση με μαθητές με ΔΕΠΥ, ενώ το 68,5% είχε συνεργαστεί με δομές που σχετίζονται με την ειδική αγωγή. Φαίνεται λοιπόν πως οι συμμετέχοντες της έρευνας είχαν μια εμπειρία με τη ΔΕΠΥ, είτε λόγω ακαδημαϊκών γνώσεων είτε λόγω διδακτικής εμπειρίας. Αρχικά, τέθηκε η ερευνητική υπόθεση ότι οι πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ θα διαφέρουν ανάλογα με τη λειτουργία ή μη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας εντός της σχολικής μονάδας στην οποία εργάζονται. Η υπόθεση αυτή δεν επαληθεύθηκε, αφού δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη μέση τιμή των βαθμολογιών στις δύο υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Πεποιθήσεων. Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση, επίσης, δεν επαληθεύθηκε καθώς δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για τη ΔΕΠΥ, αλλά ούτε στη μέση τιμή των υποκλιμάκων μεταξύ των εκπαιδευτικών των δημοσίων και ιδιωτικών σχολείων. Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του ευρήματος είναι ότι το υψηλό ποσοστό (94.1%) των συμμετεχόντων από τα δημόσια σχολεία δήλωσε ότι στη σχολική μονάδα όπου εργάζονται υπάρχει τμήμα ένταξης. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ειδικός

παιδαγωγός, ο οποίος μέσω της συνεργασίας με τους εκπαιδευτικούς γενικής τάξης πιθανά συμβάλλει στην 'άτυπη' επιμόρφωσή τους σε θέματα που άπτονται των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των μαθητών με ΔΕΠΥ, έργο που επιτελείται στα ιδιωτικά σχολεία από τηνοργανωμένη ψυχοπαιδαγωγική υπηρεσία που λειτουργεί εντός της σχολικής μονάδας. Επίσης, οι εκπαιδευτικοί των δημόσιων σχολείων ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι έχουν συνεργαστεί με το ΚΕΔΔΥ/ΚΕΣΥ και τους σχολικούς συμβούλους, καθώς και ότι είχαν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ συγκριτικά με τους εκπαιδευτικούς των ιδιωτικών σχολείων. Το γενικότερο επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών γύρω από τη ΔΕΠΥ φάνηκε να είναι χαμηλό έως μέτριο, με εξαίρεση τη συμπτωματολογία, καθώς το ποσοστό των σωστών απαντήσεων κυμαινόταν από το 18.2% και έφτανε μέχρι το 97.8%. Τα επίπεδα γνώσεων συμφωνούν με την ανασκόπηση των Kosetal. (2006), οι οποίοι αναφέρουν ότι το επίπεδο σωστών απαντήσεων κυμαινόταν από το 46,7%, όπως καταγράφηκε από τους Sciutto et al. (2000) και φτάνει έως 83%, όπως αναφέρεται από την Beckle (2004). Τα αποτελέσματα της έρευνας συμφωνούν με την έρευνα των Sciutto, Terjensen & Frank (2000), σε Αμερικανούς δασκάλους όπου βρέθηκε πως μόνο το 47.8% των εκπαιδευτικών είχε τις κατάλληλες γνώσεις για τη διαταραχή, ενώ σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Perold, Louw & Kleynhans (2010), όπου το αντίστοιχο ποσοστό γενικών γνώσεων ήταν 42,6%. Χαμηλά ποσοστά γενικών γνώσεων (46,8%) έχουν καταγραφεί επίσης σε έρευνα των Ghanizadeh, Bahredar & Moeini(2005), καθώς και σε αντίστοιχη έρευνα των White et. al., (2010) στα αποτελέσματα της οποίας το ποσοστό γενικών γνώσεων των εκπαιδευτικών ήταν 38%. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έρχονται οι έρευνες της Beckle (2004) όπου η επίδοση των εκπαιδευτικών στις γενικές γνώσεις της ΔΕΠΥ ήταν 83%, ενώ λίγο χαμηλότερα ποσοστά δίνουν οι έρευνες των Kos et. al. (2004) (60,7%) West et. al. (2005) (57,33%) και Ohan et. al.(2008). Οι διαφορές που παρατηρούνται στα αποτελέσματα των ερευνών μπορεί να οφείλονται σε μια σειρά παραγόντων, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης των δασκάλων, η μορφή και η συχνότητα της ενδο-σχολικής επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών, το εκπαιδευτικό σύστημα, η ισχύουσα διαγνωστική μεθοδολογία, ο βαθμός συμμετοχής των εκπαιδευτικών στη διαγνωστική διαδικασία, η ευαισθητοποίηση της πολιτείας σε θέματα πρώιμης και έγκαιρης παρέμβασης. Οι παράγοντες αυτοί διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα και επιδρούν στον βαθμό γνώσης των εκπαιδευτικών σε θέματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ(Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή & Κουβαβά, 2010). Από

την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε πως οι δάσκαλοι γνωρίζουν περισσότερα για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ και λιγότερα για τα γενικά χαρακτηριστικά της και τις μεθόδους αντιμετώπισης. Παρόμοια αποτελέσματα ως προς τις επιμέρους γνώσεις των δασκάλων αναφέρονται σε πολλές έρευνες (Jeromeetal., 1994; Sciuttoetal., 2000; Beckle, 2004; Ohanetal., 2008), αλλά και στην αντίστοιχη ελληνική έρευνα της Καραγρηγορίου (2003). Συγκριτικά με την έρευνα της Γιαννοπούλου και των συνεργατών της (2007) στην οποία χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Γνώσης για τη ΔΕΠΥ (ADHD-KQ), η μέση τιμή των υποκλιμάκων στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να είναι περίπου ίδια ή χαμηλότερη, γεγονός που εγείρει προβληματισμούς, δεδομένης της παρέλευσης 12 χρόνων από την πρώτη μελέτη. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύουν τη διαπίστωση των Κάκουρου, Παπαηλιού & Μπαδικιάν (2006) ως προς την ελλιπή πληροφόρηση των δασκάλων για τη ΔΕΠΥ παρά τον ενεργό ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν στον εντοπισμό, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής.

Το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί ήταν ικανοί να αναγνωρίσουν περισσότερο τη συμπτωματολογία μπορεί να οφείλεται στο ότι είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ, αλλά δεν έχουν εξειδικευμένες γνώσεις σε θέματα που άπτονται της αιτιοπαθογένειας, των γνωστικών ελλειμμάτων και της αντιμετώπισης της διαταραχής. Στις περισσότερες έρευνες έχει βρεθεί ότι οι εκπαιδευτικοί διαθέτουν περισσότερες γνώσεις για τον ορισμό της διαταραχής και τη συμπτωματολογία της, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τα παρόντα ερευνητικά ευρήματα. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το 97,8% γνώριζε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής, αλλά μόλις το 18,2% γνώριζε ότι οι μητέρες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνουν τις πιθανότητες για το παιδί τους να εμφανίσει ΔΕΠΥ. Αντίστοιχα, οι Αντωνοπούλου, Σταμπολτζή και Κουβαβά (2010) βρήκαν πως οι εκπαιδευτικοί της έρευνάς τους είχαν ελλείψεις ή λανθασμένες γνώσεις γύρω από τη διαταραχή, ειδικά σε θέματα που αφορούσαν τα αίτια, όπως την κληρονομικότητα, αλλά είχαν ικανοποιητικές γνώσεις σχετικά με την συμπτωματολογία. Όσον αφορά γνώσεις και τις στάσεις απέναντι στη φαρμακοθεραπεία τα αποτελέσματα συμφωνούν και πάλι με τα διεθνή και τα ελληνικά δεδομένα. Στην έρευνα βρέθηκε ότι μόλις το 16,9% των συμμετεχόντων δεν αισθάνονται επιφυλακτικοί με τα δημοσιεύματα που διαβάζουν αναφορικά με την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ ένα υψηλό ποσοστό της τάξεως του

91,6% δηλώνει αντίθετο στην εφαρμογή φαρμακευτικής παρέμβασης σε όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ. Όπως αναφέρεται από την Σταμπολτζή και τις συνεργάτιδες της (2010), οι Έλληνες εκπαιδευτικοί είναι ελάχιστα εξοικειωμένοι με την έννοια της φαρμακευτικής παρέμβασης όσον αφορά την ΔΕΠΥ και αντιλαμβάνονται την έννοια της παρέμβασης ως κάποια συμπεριφορική ή διαφοροποιημένη διδακτική διαδικασία. Οι ερευνητές συνεπέραναν πως παρά την επιμόρφωση που έχουν λάβει οι εκπαιδευτικοί δεν ήταν επαρκώς εξοικειωμένοι με τα θέματα της αιτιοπαθογένειας και της παρέμβασης.

Αναφορικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, σχετικά με το ποια είναι η σχέση μεταξύ γνώσεων και πεποιθήσεων των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών αλλά και των υποκλιμάκων. Επιπλέον, το επίπεδο της γνώσης για τη ΔΕΠΥ βρέθηκε να αποτελεί το ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα των πεποιθήσεων των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή. Δεδομένου ότι οι στάσεις είναι αποτέλεσμα γνωστικών και συναισθηματικών διεργασιών που προκύπτουν μέσα από τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις του ατόμου, οι οποίες στηρίζονται στη γνώση και στις εμπειρίες του παρελθόντος (Underwood, 2012), οι εκπαιδευτικοί με ανεπαρκή γνώση της ΔΕΠΥ είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν αρνητική στάση απέναντι στους μαθητές που εμφανίζουν τη διαταραχή.

Σχετικά με το τέταρτο και πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή πώς σχετίζονται οι πεποιθήσεις για τη ΔΕΠΥ με τα δημογραφικά στοιχεία και τη διδακτική εμπειρία των δασκάλων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων και στο Ερωτηματολόγιο Γνώσεων, ανάλογα με το φύλο και την ηλικιακή ομάδα ,τις σπουδές, τη μετεκπαίδευση ή μη στην Ειδική Αγωγή, τη διδακτική εμπειρία, τη συνεργασία ή μη μεφορείς, όπως ΚΕΣΥ, για θέματα που αφορούν τους μαθητές με διαγνωσμένη ΔΕΠΥ. Βρέθηκε μόνο στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή του Ερωτηματολογίου Γνώσεων, με τους εκπαιδευτικούς που έχουν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη ΔΕΠΥ να έχουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων συγκριτικά με αυτούς που δεν έχουν παρακολουθήσει παρόμοιο πρόγραμμα.

Σε πολυπαραγοντικό επίπεδο η παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη ΔΕΠΥ σχετίζονταν με αυξημένο επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή καθώς και ορθότερες πεποιθήσεις και κατ' επέκταση θετικότερη στάση απέναντι στους μαθητές με ΔΕΠΥ. Απεναντίας οι σπουδές και δη το μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην Ειδική αγωγή δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με το επίπεδο γνώσεων ή τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή, γεγονός που εγείρει προβληματισμούς ως το προς το εάν τα αντίστοιχα προγράμματα σπουδών παρέχουν επαρκώς, σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο, εξειδικευμένη γνώση για τη ΔΕΠΥ. Επίσης, σχετικά με τη σχέση γνώσεων και στάσεων των εκπαιδευτικών προκύπτει ότι τα χρόνια υπηρεσίας δε σχετίζονται με τις γνώσεις. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι αφενός ότι τα εκπαιδευτικά σεμινάρια για τη ΔΕΠΥ συμβάλλουν θετικά τόσο στην απόκτηση γνώσης όσο και στη θετικότερη στάση απέναντι σε μαθητές με τη διαταραχή, και αφετέρου η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ δεν θα πρέπει να περιορίζεται στην απαρίθμηση των συμπτωμάτων της διαταραχής, τα οποία άλλωστε αναφέρονται και στα βιβλία, αλλά να εμβαθύνει σε θέματα που αφορούν την κατανόηση των γνωστικών ελλειμμάτων και πώς αυτά συνδέονται με την προσαρμογή στη μαθησιακή διαδικασία και απόδοση, καθώς και τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις στα πλαίσια ολιστικής παρέμβασης για τη διαταραχή. Τη σημασία της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ έχουν καταδείξει έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν σε επιμορφωτικά προγράμματα, επέδειξαν υψηλότερες επιδόσεις στα ερωτηματολόγια γνώσεων για τη διαταραχή σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που δεν συμμετείχαν σε ανάλογα προγράμματα. Η μελέτη της Γιαννοπούλου και των συνεργατών της (2017) διερεύνησε την αποτελεσματικότητα ενός σύντομου (5ωρου) έναντι διήμερου (18 ωρών) επιμορφωτικού σεμιναρίου για τη ΔΕΠΥ, σε συνολικό δείγμα 143 εκπαιδευτικών, μετά τη λήξη του οποίου φάνηκε σημαντική αύξηση της γνώσης των εκπαιδευτικών, είτε μέσω κάλυψης των κενών γνώσης είτε μέσω αποκατάστασης των εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με τη ΔΕΠΥ, ανεξάρτητα από τον τύπο του σεμιναρίου στο οποίο συμμετείχαν.

Σε έρευνα των Syed & Hussein (2010) βρέθηκε πως οι εκπαιδευτικοί που παρακολούθησαν ένα επιμορφωτικό πρόγραμμα για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ διάρκειας έξι εβδομάδων, είχαν υψηλότερη επίδοση στην κλίμακα της συμπτωματολογίας σε σχέση με την αρχική τους επίδοση πριν από την εφαρμογή του

επιμορφωτικού προγράμματος. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε η έρευνα των Whiteet. al. (2011) όπου οι 52 εκπαιδευτικοί που παρακολούθησαν επιμορφωτικό πρόγραμμα για τη ΔΕΠΥ φάνηκε πως εμφάνισαν 5-12% βελτίωση των γνώσεών τους σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δεν παρακολούθησαν το αντίστοιχο πρόγραμμα. Ο West και οι συνεργάτες του (2005) επισημαίνουν την ανάγκη συνεχούς επιμόρφωσης των δασκάλων, αφού τα επιστημονικά και ερευνητικά δεδομένα για τη ΔΕΠΥ αλλάζουν συνεχώς. Με δεδομένη την τάση συμπερίληψης των μαθητών με ΔΕΠΥ και άλλες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στο γενικό σχολείο, η ενημέρωση των δασκάλων για τη φύση των δυσκολιών αυτών των παιδιών είναι επιβεβλημένη. Η παρούσα έρευνα προτείνει την παροχή συστηματικής πληροφόρησης στους δασκάλους γενικής εκπαίδευσης γύρω από θέματα που αφορούν στη ΔΕΠΥ μέσα από προγράμματα συνεχούς επιμόρφωσης. Η σωστή πληροφόρηση και η εξάλειψη των εσφαλμένων γνώσεων που οδηγούν σε λανθασμένες πεποιθήσεις για τη ΔΕΠΥ μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των παιδιών που παραπέμπονται έγκαιρα για διάγνωση κάθε χρόνο, ενώ θα βοηθήσει παράλληλα τους δασκάλους να βελτιώσουν την εκπαιδευτική αντιμετώπιση της διαταραχής μέσα από τη διδακτική πράξη.

6.1. Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκεκριμένη μελέτη, κατασκευάστηκε και δόθηκε σε έντυπη μορφή αποκλειστικά σε εκπαιδευτικούς Α/βάθμιας εκπαίδευσης σε ιδιωτικά και δημόσια σχολεία. Το δείγμα είναι μικρό επομένως μη αντιπροσωπευτικό ακολουθώντας τη «βολική» δειγματοληψία. Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν μόνο εκπαιδευτικοί ενώ αποκλείστηκαν οι ειδικοί παιδαγωγοί. Σημαντική απώλεια υπήρξε καθώς αρκετοί εκπαιδευτικοί δεν συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Τέλος, το Ερωτηματολόγιο Πεποιθήσεων κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, και παρότι βρέθηκε να έχει ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια, χρήζει περαιτέρω μελέτης των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων (αξιοπιστία, εγκυρότητα, διαστασιακή δομή). Για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων προτείνεται μελλοντικά η διεξαγωγή μελέτης σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εκπαιδευτικών Α/βάθμιας, αλλά και Β/βάθμιας εκπαίδευσης που θα συμπεριλαμβάνει και τους εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής και θα διερευνά παράγοντες που αφορούν το είδος και τη συχνότητα της συνεργασίας των εκπαιδευτικών με τις υπόλοιπες ειδικότητες που εμπλέκονται στον τομέα της ειδικής

αγωγής και την αποτελεσματικότητά της στη διδακτική διαδικασία αλλά και το διδακτικό αποτέλεσμα.

6.2.Συμπεράσματα

Σημαντικό ποσοστό του διδακτικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να είναι ενημερωμένο σχετικά με τα βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ, αναγνωρίζοντάς την ως μια σοβαρή διαταραχή που χρήζει παρέμβασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γνώσεις και πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για τη ΔΕΠΥ δεν διαφέρουν ανάλογα με τη λειτουργία ή μη ψυχοπαιδαγωγικής υπηρεσίας εντός της σχολικής μονάδας. Οι τομείς με τους οποίους οι εκπαιδευτικοί είναι περισσότερο εξοικειωμένοι αφορούν τα συμπτώματα, ενώ έχουν ανεπαρκή (χαμηλή ή μέτρια) γνώση σχετικά με τα γνωστικά ελλείμματα και την αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠΥ. Οι συμμετέχοντες επίσης φάνηκε πως είχαν λανθασμένη γνώση και στάση σχετικά με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός που δείχνει την ελλιπή ενημέρωση σχετικά με την ολιστική αντιμετώπιση της διαταραχής, παρά το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργαζόταν σε σχολική μονάδα, όπου υπήρχε δάσκαλος ειδικής αγωγής ή/και ψυχολόγος και ότι περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες είχαν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά σεμινάρια για τη ΔΕΠΥ.

Το γεγονός αυτό μπορεί να εγείρει ανησυχίες όσον αφορά την επιτυχή και έγκαιρη ανίχνευση της διαταραχής, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι δάσκαλοι είναι οι πρώτοι που παρατηρούν τα συμπτώματα της διαταραχής σε ένα παιδί, αφού οι συμπεριφορές που προκύπτουν εξαιτίας της ΔΕΠΥ εκδηλώνονται εντονότερα στο σχολικό περιβάλλον. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητο να ληφθούν μέτρα για την ορθή ενημέρωση των εκπαιδευτικών σχετικά με την αιτιοπαθογένεια, τα βασικά γνωστικά ελλείμματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ και την επίδρασή τους στη μάθηση και τη συμπεριφορά. Η εφαρμογή ειδικών διδακτικών προσεγγίσεων για τους μαθητές με ΔΕΠΥ, τα οφέλη και οι περιορισμοί των διαθέσιμων θεραπευτικών παρεμβάσεων συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς η αύξηση γνώσεων από τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα επιμόρφωσης για τη ΔΕΠΥ θα επιφέρει αλλαγή στη στάση τους και θα διαφοροποιήσει τις στάσεις τους απέναντι στους μαθητές με τη διαταραχή. Την αναγκαιότητα της ορθής ενημέρωσης επιβεβαιώνει η παρούσα μελέτη καθώς αρκετοί εκπαιδευτικοί αν και είχαν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά σεμινάρια για τη ΔΕΠΥ υπολείπονταν σε γνώσεις, πιθανόν γιατί το επιμορφωτικό πρόγραμμα

δεν ήταν στοχευμένο στις ανάγκες των εκπαιδευτικών και εστίαζε κυρίως στη συμπτωματολογία/κλινική εικόνα. Από τη παρούσα μελέτη προκύπτει, επίσης, η επιθυμία των εκπαιδευτικών για επιμορφωτικά σεμινάρια σχετικά με τη ΔΕΠΥ καθώς και ομάδες συζήτησης και στήριξης δασκάλων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής

Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Weiss, G., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., et al. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 802-811.

Aguiar, A. P., et al. (2012). Increasing Teachers' Knowledge About ADHD and Learning Disorders. *Journal of Attention Disorders*, 18, 691-698. doi:10.1177/1087054712453171.

Al-Moghamsi, E.Y., Aljohani, A. (2018). Elementary school teachers' knowledge of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal Family Med Prim Care*, 7, 907-915. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_183_18.

American Psychiatric Association.(2000). DSM-IV-TR, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. Washington: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association.(2013). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS - DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing.

Anderson, D., Watt, S., Noble, W., Shanley, D. (2012). Knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and attitudes toward teaching children with ADHD: The role of teaching experience. *Psychology in the Schools*, 49, 511-525.

Arcelus,A.,Munden,A.,McLauchlin,L. ,Vickery &P. Vostanis.(2000). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, behavioural and emotional problems in children excluded from mainstream education: a preliminary study of teachers' ratings. *European Journal of Special Needs Education*, 15 (1), 79-87. doi: [10.1080/088562500361727](https://doi.org/10.1080/088562500361727)

Avramidis, E., Bayliss, P., & Burden, R. (2000). Student teachers' attitudes towards the inclusion of children with special educational needs in the ordinary

school. *Teaching and Teacher Education*, 16, 277-293. doi:10.1016/S0742-051X(99)00062-1.

Avramidis, E., Kalyva, E. (2007). The influence of teaching experience and professional development on Greek teachers' attitudes towards inclusion. *European Journal of Special Needs Education*, 4,367-389.

Barbarese, W. J., &Olsen, R. D (1998). An ADHD educational intervention for elementary school teachers: A pilot study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 94-100.

Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 2nd edition*. New York: Guilford.

Barkley,R.A.(1990). A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: Clinical and research implications. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11(6), 343–352.

<https://doi.org/10.1097/00004703-199012000-00014>

Barkley,R.A.(2006). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)*.New York: Guilford Press.

Barnett, B., Corkum, P., Elik, N. (2012). A web-based intervention for elementary school teachers of students with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychological Service*, 9,227–230.

Barry, T., Lyman, R., Grofer-Klinger, L.(2002). Academic Underachievement and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Negative Impact of Symptom Severity on School Performance. *Journal of School Psychology*, 40(3), 259-283.

Basturkmen, H., et al.(2004).Teachers' Stated Beliefs about Incidental Focus on Form and their Classroom Practices. *Applied Linguistics*, 2, 243-272.

Beckle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7, 151-161.

Biederman J., Faraone,S.V., Keenan, K., Teingard, R.,Tsuang, M.T.(1991). Family association between attention deficit disorder (ADD) and anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 48, 633-642.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E.,Ferrero, F., Morgan, C. L., &Faraone, S. V. (2004). Impact of Executive Function Deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Academic Outcomes in Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 757–766.

Blotnicky-Gallant, P., Martin, C., McGonnell, M.,Corkum, P. (2014). Nova Scotia Teachers’ ADHD Knowledge, Beliefs, and Classroom Management Practices.*Canadian Journal of School Psychology*, 30, 3–21. doi:10.1177/0829573514542225.

Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M., &Biegel, G. M. (2011).Assessing adolescent mindfulness: Validation of an adapted Mindfulness Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23, 1023–1033. doi:10.1037/a0021338.

Bussing, R., Gary, F. A., Leon, C. E., Garvan, C. W., & Reid, R. (2002). General classroom teachers’ information and perceptions of attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral Disorders*, 27, 327-339.

Bussing, R., Zima, B.T., Mason, D.M., Meyer, J. M., Whit,e K., Garvan, C.W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: Perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 51,593–600.

Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.

Canu, W.H., Mancil, E.B. (2012). An examination of teacher trainees’ knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Mental Health*, 4,105–114.

Clark, C., Prior, M., Kinsella, G. (2002). The relationship between executive function abilities, adaptive behaviour, and academic achievement in children with

externalisingbehaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 785-796.

Cohen, N. J.,Vallance, D. D., Barwick, M., Im, N., Menna, R., Horodezky, N. B., Isaacson, L. (2000). The interface between ADHD and language impairment: an examination of language, achievement, and cognitive processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 353-362.

Cormier, E. (2008). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Journal of Pediatric Nursing*, 23, 345-357.

Curatolo, P., D'Agati, E., &Moavero, R. (2010). *The neurobiological basis of ADHD. Italian Journal of Pediatrics*, 36 (1), 79.

Davenport, T., Prausak, L. (1998). *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Publisher: Harvard Business School Press. doi: 10.1145/348772.348775.

De Boer, A., Pijl, S. J.,Minnaert, A. (2011). Regular primary schoolteachers' attitudes towards inclusive education: a review of the literature. *International Journal of Inclusive Education*, 15, 331–353.doi:10.1080/13603110903030089.

Dimakos, I. (2007). What do teachers know and think about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Scientific Yearbook of University of Patras Arethas*, 4, 151 – 161.

DuPaul, G., J., Helwig, J. R., Slay, P.M. (2011). Classroom interventions for attention and hyperactivity. In:, M. A. Bray, T. J. Kehle (Eds),*The Oxford handbook of school psychology* (pp. 42). New York, NY: Oxford University Press.

DuPaul, G. (1992). *Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in Behavioral, Social, and School Functioning*.

DuPaul, G., Volpe, R. (2009).ADHD and learning disabilities: Research findings and clinical implications. *Journal of the American academy of Child & Adolescent Psychiatry* 5,508-515.

- Eagly, A. H., Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology, Volume 1, 4th edition* (pp. 269–311). Boston: McGraw Hill.
- Elik, N., Corkum, P., Blotnicky-Gallant, P., McGonnell, M. (2015). Overcoming the Barriers to Teachers' Utilization of Evidence-Based Interventions for Children with ADHD: The Teacher Help for ADHD Program. *Perspectives on Language and Literacy, Winter*, 42-51.
- Evans, S. W., Owens, J. S., Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43*, 527–551. doi: [http:// dx.doi.org/10.1080/15374416.2013.850700](http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2013.850700)
- Fayyad, J., De Graaf, R., and Kessler, R. (2007). Cross national prevalence and correlates of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *British Journal of Psychiatry, 190*, 402-409.
- Felekidou, K., Howard, J., Lenakakis, A. (2018). *Play and inclusive education. 3*, 129-163.
- Forlin, C., Chambers, D. (2011). Teacher preparation for inclusive education: Increasing knowledge but raising concerns. *Asia-Pacific Journal of teacher education 39.1 (2011):17-32*.
- Gaub, M., Carlson, C. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1036-1045.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., Moeini, S. R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling, 63*, 84–88. doi:10.1016/j.pec.2005.09.002.
- Giannopoulou, I., Korkoliakou, P., Pasalari, E., Douzenis, A. (2017). Greek teachers' knowledge about attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatriki, 28*, 226-233. doi: 10.22365/jpsych.2017.283.226.

- Gilger, J.W., Pennington, B.F., DeFries, J.C. (1992). A twin study of the etiology of comorbidity: attention deficit hyperactivity disorder and dyslexia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31,343– 348.
- Gilmore, L. (2010). Community knowledge and beliefs about ADHD. *Australian Educational and Developmental Psychologist*, 27, 20–30.
- Glass, C.S.,Wegar, K. (2000). Teacher perceptions of the incidence and management of attention deficit hyperactivity disorder. *Education*, 121, 412-420.
- Goodman, R., Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity, II: the aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691–709.
- Hodjens,J. et al.(2000).Peer-based differences among boys with ADHD. Increasingknowledgebutraisingconcerns. *Journal of Child Psychology* 29.3 (2000):443-452.
- Jerome, L., Gordon, M., Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Jerome, L., Washington, P., Laine, C. J., Segal, A. (1999). Graduating teachers' knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder: A comparison with practicing teachers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 192.
- Jimoh, M. (2014). Knowledge and Attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Primary School Teachers in Lagos State, Nigeria. *Advances in Life Science and Technology*, 23, 7-15.
- Johnson,J., Reid,R.(2011).Overcoming executive function deficits with students with ADHD. *Theory into Practice*, 50, 61-67.
- Kakouros, E., Maniadaki, E., Papaeliyo, C. (2004). How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 9,41–53.
- Karakoidas, K., Dimas, L. (1998). A study of educational inclusion of children with special educational needs. *Topics in Special Education*, 1, 8-19.

Kos, J. (2008). What do teachers know, think and intend to do about ADHD? Teaching and Learning and Leadership. Paper presented at the European Conference on Educational Research, Göteborg, Sweden. http://research.acer.edu.au/tll_misc/9.

Kos, J. M., Richdale, A. L., Hay, D. A. (2006). Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 147-160.

Kos, J. M., Richdale, A. L., Jackson, M. S. (2004). Knowledge about attention deficit/hyperactivity disorder: A comparison of in-service and pre-service teachers. *Psychology in the Schools*, 41, 517-526.

Larsson, H., Chang, Z., D'Onofrio, B. M., Lichtenstein, P. (2013). The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological Medicine*, 44, 2223–2229.
doi:10.1017/S0033291713002493.

Lasisi, D., Ani, C., Lasebikan, V., Sheikh, L., Omigbodun, O. (2017). Effect of attention-deficit-hyperactivity-disorder training program on the knowledge and attitudes of primary school teachers in Kaduna, North West Nigeria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 20, 11-15. doi: 10.1186/s13034-017-0153-8.

Liang, L., Gao, X. (2016). Pre-service and In-service Secondary School Teachers' Knowledge about Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Attitudes toward Students with ADHD. *International Journal of Disability, Development and Education*, 63, 369-383.

Macura-Milovanović, S., Vujisić-Živković, N. (2011). Attitudes of Pre-service Teachers Toward Inclusion – Implications for Initial Professional Education. *Pedagogija*, 66, 633–647.

Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros, E. (2003). Trainee nursery teachers' perceptions of disruptive behaviour disorders; the effect of sex of child on judgements of typicality and severity. *Child: care, health and development*, 29, 433-40. 10.1046/j.1365-2214.2003.00362.x.

Martinussen, R., Tannock, R., Chaban, P., McInnes, A., Ferguson, B. (2006). Increasing Awareness and Understanding of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Education to Promote Better Academic Outcomes for Students with ADHD. *Exceptionality Education Canada, 16*, 107-128.

Mc Kinney, J. (1993). Issues in the Education of students with Attention Deficit Disorder: Introduction to the special issue.

McLeod, D. B. (1992). Research on affect in mathematics education: A reconceptualization. In D. A. Grouws (Ed.), *Handbook of research on mathematics teaching and learning* (pp. 575–596). New York: Macmillan.

Merrell, C., Tymms, P. B. (2001). Inattention, hyperactivity and impulsiveness: their impact on academic achievement and progress. *The British Journal of Educational Psychology, 71*, 43-56.

Milich, R., Okazaki, M. (1991). An examination of learned helplessness among attention deficit hyperactivity disorder boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*, 607-623.

Moghamsi, E., Aljohani, A. (2018). Elementary school teachers' knowledge of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Family Medicine and Primary Care 7.5 (2018):907*.

Moldavsky, M., Sayal, K. (2013). Knowledge and Attitudes about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Treatment: The Views of Children, Adolescents, Parents, Teachers and Healthcare Professionals. *Current Psychiatry Reports, 15*, 377. doi:10.1007/s11920-013-0377-0.

Mulholland, S. M., Cumming, T. M., Jung, J. Y. (2015). Teacher Attitudes Towards Students Who Exhibit ADHD-Type Behaviours. *Australasian Journal of Special Education, 39*, 15–36. doi:10.1017/jse.2014.18.

Nur, N., Kavak, O. (2010). Elementary school teachers' knowledge and attitudes related to attention deficit hyperactivity disorder. *Health MED, 2*, 350-355.

- Obiakor, F. E., Harris, M., Mutua, K., Rotatori, A., Algozzine, B. (2012). Making inclusion work for general education classrooms. *Education and Treatment of Children*, 35, 477-490. doi:10.1353/etc.2012.0020.
- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A. W., Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23, 436-449. doi:10.1037/1045-3830.23.3.436.
- Ohan, J. L., Visser, T. A. W., Strain, M. C., Allen, L. (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *Journal of School Psychology*, 49, 81-105. doi:10.1016/j.jsp.2010.10.001
- Pajares, F. (1992). Teachers' beliefs and educational research: Cleaning up a messy construct. *Review of Educational Research*, 62(3), 307-332.
- Perold, M., Louw, C., Kleyhans, S. (2010). Primary school teachers' knowledge and misperceptions of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *South African Journal of Education*, 30, 457-473.
- Pfiffner, L. J., Barkley, R. A. (1998). Treatment of ADHD in school settings. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 2nd Edition* (pp. 458-490). New York: Guilford.
- Pintrich, P., DeGroot, E. (1990). Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom Academic Performance. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33-40.
- Pisecco, S., Huzinec, C., Curtis, D. (2001). The effect of child characteristics on teachers' acceptability of classroom-based interventions and psychostimulant medication for the treatment of ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 413-421.
- Poulou, M., Norwich, B. (2002). Cognitive, emotional, and behavioural response to students with emotional and behavioural difficulties: A model of decision-making. *British Educational Research Journal*, 28, 111-138. doi:10.1080/0141192012010978 4.

Power, T., Mautone, J. (2008). Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges. *Pediatrics*, *121*(1), e 65-e 72.

Rajwan, E., Chacko, A., Moeller, M. (2012). Non-pharmacological interventions for preschool ADHD: State of the evidence and implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*, 520–526. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0028812>.

Rief, W. (2003). *The ADHD Book of Lists*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Rodrigo, M. D. A., Perera, D., Eranga, V. P., Williams, S. S., Kurupparachchi, K. (2011). The knowledge and attitude of primary school teachers in Sri Lanka towards childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Ceylon Medical Journal*, *56*, 51-54.

Russ, M. (2010). *Knowledge Management Strategies for Business Development*. United States of America: Business Science Reference.

Russell, V., et al. (2005). The control of responsiveness in ADHD by catecholamines: evidence for dopaminergic, noradrenergic and interactive roles. *Developmental Science* *8* (2), 122-131.

Sarraf, N., Karahmadi M., Marasy, M. R., Azhar, S. M. (2011). A comparative study of the effectiveness of nonattendance and workshop education of primary school teachers on their knowledge, attitude and function towards ADHD students in Isfahan in 2010. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, *16*, 1196-1201.

Sax, L., Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder? *Annals of Family Medicine*, *1*, 171-174.

Sciutto, M. J., Terjesen, M. D, Bender, F. A. S. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, *37*, 115-122.

- Sciutto, M., Eisenberg, M. (2007). Evaluating the Evidence For and Against the Overdiagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders, 11*, 106-113. 10.1177/1087054707300094.
- Shaywitz, S. E., Shaywitz, S.E.(1991). Comorbidity: a critical issue in attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology, 6*, S13-122.
- Sherman, D., McGue, M., Iacono W. (1997). Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder: a comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal of Psychiatry, 154*(4), 532–535. doi:10.1176/ajp.154.4.532
- Shimaa, A., Fayza, M., Zamzam, A.(2015). Teacher's perception and attitudes toward attention deficit hyperactivity disorder in primary schools at Assiut City. *Al-Azhar Assiut Medical Journal, 13*, 165-173.
- Singh I., Kendall, T., Taylor, C., Mears, A., Hollis, C., Batty, M., et al. (2010). Young people's experience of ADHD and stimulant medication: a qualitative study for the NICE guideline. *Child and Adolescent Mental Health-UK, 15*, 186–192.
- Snider, V. E., Busch, T., Arrowood, L. (2003). Teacher Knowledge of Stimulant Medication and ADHD. *Remedial and Special Education, 24*, 46-56.
- Stampoltzis, A., Antonopoulou, K. (2013). Knowledge and Misconceptions About Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Comparison of Greek General and Special Education Teachers. *International Journal of School & Educational Psychology, 1*, 122-130. 10.1080/21683603.2013.803000.
- Stormont, M., Stebbins, M. S. (2005). Preschool teachers' knowledge, opinions and educational experiences with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Teacher Education and Special Education, 28*, 52-61.
- Stormont, M.(2001). Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools 38.6 (2001):521-531*.

- Syed, E., Hussein, A. (2009). Increase in Teachers' Knowledge About ADHD After a Week-Long Training Program A Pilot Study. *Journal of attention disorders*, 13, 420-423. 10.1177/108705470832997.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. (1991). *The epidemiology of childhood hyperactivity*. Oxford University Press, USA.
- Taylor, E., Larson, L.(1998). Teaching children with ADHD: What do elementary and Middle School social studies teachers need to know. *The Social Studies* 89 (4), 161-164.
- Taylor, E et al.(2004).European clinical guidelines for hyperkinetic disorder first upgrade. *European Child and Adolescent Psychiatry* 13.1 (2004):i 7- i 30.
- Thapar, A., et al. (2005). Catechol O-methyltransferase gene variant and birth weight predict early-onset antisocial behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 62(11), 1275-1278.
- Theodore, L., Thomas, J., Dioguardi, R. (2002). School Psychology in Greece: A System of Change, *School Psychology International*, 23(2), 148-54.
- Thompson, A. G. (1992). Teachers' beliefs and conceptions: A synthesis of the research. In D. A. Grouws (Ed.), *Handbook of research on mathematics teaching and learning* (pp. 127– 146). New York: Macmillan.
- Underwood, E. (2012). Teacher Beliefs and Intentions Regarding the Instruction of English Grammar under National Curriculum Reforms: A Theory of Planned Behaviour Perspective. *Teaching and Teacher Education* 28(6), 911-925.
- Uriarte, F. Jr. (2008) *Introduction to Knowledge Management*. Jakarta, Indonesia: ASEAN Foundation.
- Van Dessel, J., Sonuga-Barke, E., Mies, G., Lemièrè, J., Van der Oord, S., Morsink, S., & Danckaerts, M. (2018). Delay aversion in attention deficit/hyperactivity disorder is mediated by amygdala and prefrontal cortex hyper-activation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 888–899. doi:10.1111/jcpp.12868

Vereb, R. L., DiPerna, J. C. (2004). Teachers' Knowledge of ADHD, Treatments for ADHD and Treatment Acceptability: An Initial Investigation. *School Psychology Review*, 33, 421-428.

Walker-Noack, L., Corkum, P., Elik, N., Fearon, I. (2013). Youth perceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder and barriers to treatment. *Canadian Journal of School Psychology*, 28, 193–218. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1429633709?accountid=12347>

West, J., Taylor, M., Houghton, S., & Hudyma, S. (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *School Psychology International*, 26, 192–208.

Wilmshurst, L. (2011). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία. Μια αναπτυξιακή ή προσέγγιση.* (Μ. Κουλεντιανού, Μετάφ.). Αθήνα: Gutenberg. (Το πρωτότυπο δημοσιεύτηκε το 2009).

Wood, W., Rhodes, N., Biek, M. (1995). Working knowledge and attitude strength: An information processing analysis. In R. E. Petty & J. A. Krosnick (Eds.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (pp. 283–314). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Youssef, M., Hutchinson, G., Youssef, F. (2015). Knowledge of and Attitudes Toward ADHD Among Teachers: Insights From a Caribbean Nation. <https://doi.org/10.1177/2158244014566761>.

Zimbardo, P., Leippe, M. (1991). *The Psychology of Attitude Change and Social Influence* (pp. 30-32). New York: McGraw Hill.

Zoniou-Sideri, A., Vlachou, A. (2006). Greek teachers' belief systems about disability and inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 10, 379-394.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αντωνοπούλου, Α., Σταμπολτζή, Α., Κουβαβά, Σ. (2010). Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 162-180.

Γκαραγκούνη-Αραίου, Φ., ΣολομωνίδουΧ., Ζαφειροπούλου, Μ. (2003). Απόψεις και στάσεις εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση παιδιών με στοιχεία διάσπασης προσοχής ή/και με υπερκινητικότητα. *Παιδαγωγικήεπιθεώρηση*, 35, 77-96.

Κάκουρος, Ε., Ζουρνατζής, Ε., Παπαηλιού, Χ., & Καραμπά, Ρ. (2003). Ο ρόλος των δασκάλων στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 64-65, 42-50.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε. (2006). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για το ρόλο τους στη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής – Υπερκινητικότητα. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 41.

Κάκουρος, Ε., Παπαηλιού, Χ., Μπαδικιάν, Μ. (2006). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τη φύση και την αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματική διαταραχής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 25.

Καλαντζή-Αζίζι, Α.,Καραδήμας, Ε. (2004). Διάσπαση προσοχής και αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων: Από τον απρόσεκτο μαθητή στη διάσπαση προσοχής-υπερκινητικότητα. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι, &Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.), *Προσαρμογή στο σχολείο: Πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων* (σ. 223-254). Αθήνα: ΕλληνικάΓράμματα.

Καλδρυμίδου Μ., Οικονόμου Α., Οικονόμου Π., Τζεκάκη Μ. (1997). Οι αντιλήψεις των υποψήφιων καθηγητών των Μαθηματικών για τη διδακτική διαδικασία και την επιμόρφωση. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 25.

Καραγρηγορίου, Ε. (2003). *Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης: Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης.

Κουντουριώτου, Π. (2013). Ο μαθητής με ΔΕΠΥ μέσα στο γενικό σχολείο. Ποιος ο ρόλος του δασκάλου και ποιες εκπαιδευτικές πρακτικές προωθούν αυτήν τη

συνεκπαίδευση. Ανακτήθηκε στις 24 Απριλίου 2019 από το <https://eproceedings.epublishing.ekt.gr/index.php/edusc/article/viewFile/272/237>.

Μπίμπου-Νάκου, Ι., Στογιαννίδου, Α. (2006). Δράσεις για την ενεργό συμμετοχή ψυχολόγων & εκπαιδευτικών στο χώρο της εκπαίδευσης. Στο Ι.Μπίμπου-Νάκου & Α. Στογιαννίδου (Επ.Εκδ.), *Πλαίσια συνεργασίας ψυχολόγων και εκπαιδευτικών για την οικογένεια και το σχολείο* (σ.314-343).Αθήνα: Τυπωθήτω, Γιώργος Δάρδανος.

Νικολόπουλος,Δ.Σ. (2007). Παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών στο σχολείο: Η «υποβαθμισμένη» συμβολή του σχολικού ψυχολόγου στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα. *Ψυχολογία*, 14(1),58-75.

Νικολόπουλος, Δ. Σ. (2008). Σχολική ψυχολογία: Ρόλοι και αρμοδιότητες στα πλαίσια σύγχρονων εκπαιδευτικών συστημάτων. Στο Δ.Σ. Νικολόπουλος (Επ. Εκδ), *Σχολική ψυχολογία, Εφαρμογές στο σχολικό περιβάλλον* (σ.13-29).Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Χατζηγεωργίου, Α., Δροσινού, Μ. (2007) Αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα σε μαθητές των δύο πρώτων τάξεων. Η επίδραση στην ακαδημαϊκή επίδοση και πρόοδο. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 150, 105-120.

Χατζηχρήστου, Χ. (2003). Η σχολική ψυχολογία ως επιστήμη και επάγγελμα: Σύγχρονες τάσεις και μελλοντικές προοπτικές στο διεθνή και ελληνικό χώρο. *Ψυχολογία. Ειδικό τεύχος Σχολικής Ψυχολογίας*, 10 (4), 415-436.

Χατζηχρήστου, Χ. (2004). *Εισαγωγή στη Σχολική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Χατζηχρήστου, Χ., Λαμπροπούλου, Α. & Λυκισάκου, Κ. (2004). Ένα διαφορετικό σχολείο: Το σχολείο ως κοινότητα που νοιάζεται και φροντίζει. *Ψυχολογία* 11(1), 1-19.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.

Αγαπητοί δάσκαλοι/ ες,

Στα πλαίσια του ΜΠΣ «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) διεξάγουμε έρευνα σχετικά με τις γνώσεις και απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), η οποία αποτελεί πρόκληση τόσο για τους γονείς όσο και για τους εκπαιδευτικούς λόγω της δύσκολης συμπεριφοράς και των συνοδών προβλημάτων που παρουσιάζουν τα παιδιά. Για το λόγο αυτό θα σας παρακαλούσαμε να αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για την συμπλήρωση των παρακάτω ερωτηματολογίων. Σας ενημερώνουμε ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται ανώνυμα, οι απαντήσεις θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συνεργασία σας, η οποία είναι εξαιρετικά πολύτιμη.

Με εκτίμηση,

Σοφία Μουτζούρη
Σχολική ψυχολόγος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Δημοτικό σχολείο (προαιρετικά)

Τάξη (κυκλώστε): Α', Β', Γ', Δ', Ε', ΣΤ'

Ειδίκευση: Δάσκαλος/α τάξης Δάσκαλος/α ολοήμερου
Δάσκαλος/α Ειδικής Αγωγής Δάσκαλος/α Ξένης γλώσσας
Μουσική Γυμναστική Εικαστικά

Σπουδές: Ακαδημία Α.Ε.Ι. Μεταπτυχιακό

Μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή

Ηλικία: 22-30 31-35 36-40 41-45
46-50 51-55 56-60 > 61

Χρόνια εκπαιδευτικής εμπειρίας: _____

Οικογενειακή κατάσταση:

παντρεμένος/η διαζευγμένος/η σε διάσταση
ανύπαντρος/η χήρος/α

Έχετε παιδιά; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, ποιας ηλικίας; _____

Έχετε τμήμα ένταξης στο σχολείο σας; _____ ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχετε παρακολουθήσει εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ΔΕΠΥ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, αναφέρετε ποια (π.χ. ομιλία, ημερίδα, εκπαίδευση εντός σχολείου, σεμινάριο ευαισθητοποίησης,

κ.λπ.).....

.....

.....

Έχετε διδάξει μαθητές με ΔΕΠΥ(διαγνωσμένη); ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, πόσους; _____

Με ποιους φορείς έχετε συνεργαστεί για θέματα που αφορούν τους μαθητές σας με διαγνωσμένη ΔΕΠΥ;

ΚΕΔΔΥ Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα/ΚΨΥ/Νοσοκομεία
Σχολικοί Σύμβουλοι Ιδιωτικά Κέντρα

Άλλον; Προσδιορίστε Δεν έχω συνεργαστεί με κανέναν

Αν έχετε συνεργαστεί με κάποιους, πόσο χρήσιμη ήταν η συνεργασία αυτή για εσάς? (Κυκλώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην επιλογή σας)

Καθόλου χρήσιμη Αρκετά χρήσιμη Πολύ χρήσιμη

Ποιες από τις παρακάτω δραστηριότητες θεωρείτε χρήσιμο να υλοποιηθούν στη διάρκεια της επόμενης σχολικής χρονιάς χωρίς να διαταράζουν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα;

-Εκπαιδευτικό σεμινάριο για δασκάλους όσον αφορά τη στήριξη μαθητών με ΔΕΠΥ

-Ομάδες συζήτησης και στήριξης δασκάλων

-Ομιλία και συζήτηση με τους γονείς του σχολείου

-Άλλο _____

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΕΠΥ

(ADHD-KQ, Giannopoulou, etal, 2017)

Παρακαλώ απαντήστε εάν οι ακόλουθες προτάσεις σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι σωστές (ισχύουν) ή λάθος (δεν ισχύουν), βάζοντας Χ στο πεδίο επιλογής σας. Εάν δεν είστε σίγουροι για μία πρόταση, απαντήστε δεν γνωρίζω.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
1. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και διάσπαση προσοχής.			
2. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ δεν διαφέρουν από τους συνομήλικούς τους ως προς τις γνωστικές τους δεξιότητες, απλώς είναι πιο ζωντανά και απείθαρχα.			
3. Η ΔΕΠΥ είναι εξίσου συχνή στα αγόρια και στα κορίτσια.			
4. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν καλές κοινωνικές δεξιότητες.			
5. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως έχουν γνωστικά ελλείμματα (π.χ. μνήμη).			
6. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως δεν έχουν πρόβλημα με την ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών - όσο γρήγορα κινούνται άλλο τόσο γρήγορα μπορούν να επεξεργαστούν πληροφορίες.			
7. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν μικρότερη δραστηριότητα σε περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά.			
8. Οι μαθησιακές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠΥ οφείλονται πρωτίστως στα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως αντιδραστικότητα, ανυπακοή, νευρικότητα			
9. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορούν να ακολουθήσουν οδηγίες και να οργανώσουν πολύπλοκες εργασίες εάν πραγματικά το θέλουν.			
10. Η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση από τους γονείς μπορεί να προκαλέσει ΔΕΠΥ στο παιδί.			

11. Η φαρμακευτική αγωγή καταστέλλει τα παιδιά με ΔΕΠΥ και τα κάνει πιο υπάκουα.			
12. Το παιδί που συγκεντρώνεται σε δραστηριότητες της επιλογής του (π.χ. υπολογιστής) δεν μπορεί να έχει ΔΕΠΥ.			
13. Η φαρμακευτική αγωγή δεν έχει καμία επίδραση στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (είναι αναποτελεσματική).			
14. Το παιδί με ΔΕΠΥ δεν χρειάζεται τίποτε περισσότερο από την εφαρμογή αυστηρής πειθαρχίας.			
15. Η μειωμένη μαθησιακή απόδοση συνδέεται περισσότερο με τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας παρά με τη διάσπαση προσοχής.			
16. Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ αλλάζουν καθώς το παιδί μεγαλώνει.			
17. Το παιδί που δεν εμφανίζει υπερκινητικότητα δεν μπορεί να διαγνωστεί με ΔΕΠΥ.			
18. Η ΔΕΠΥ είναι αποκλειστικά γενετική διαταραχή, δηλαδή οφείλεται σε κάποιο γονίδιο/-α.			
19. Η ΔΕΠΥ είναι μια διαταραχή βραχείας διάρκειας που βελτιώνεται με το πέρασμα του χρόνου και δεν χρήζει παρέμβασης.			
20. Οι μαθησιακές δυσκολίες οφείλονται κυρίως στη μειωμένη ικανότητα του παιδιού να καταχωρήσει και να διατηρήσει τις πληροφορίες στη μνήμη του.			
21. Η ζάχαρη, τα συντηρητικά και οι χρωστικές ουσίες ευθύνονται για την εκδήλωση της ΔΕΠΥ.			
22. Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν ΔΕΠΥ.			
23. Η υπερκινητική συμπεριφορά, η παρορμητικότητα και οι δυσκολίες στη συγκέντρωση αποτελούν δευτερογενή προβλήματα στην περίπτωση των παιδιών με γενικευμένες ή ειδικές (π.χ. δυσλεξία) μαθησιακές δυσκολίες ή διαταραχή διαγωγής. Ως εκ τούτου η διάγνωση της ΔΕΠΥ δεν υφίσταται.			
24. Όταν υπάρχουν προβλήματα στην οικογένεια (π.χ. διαταραγμένες ενδο-οικογενειακές σχέσεις, συζυγικές συγκρούσεις) ενδείκνυται παρέμβαση στην οικογένεια και όχι στο παιδί για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ.			
25. Στην περίπτωση της ανταπόκρισης του παιδιού στη φαρμακευτική αγωγή			

οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις δεν είναι απαραίτητες.			
26. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ δεν έχουν δυσκολία να διατηρήσουν το κίνητρο για δραστηριότητες, που μπορεί να είναι κάποια επιβράβευση ή ευχαρίστηση, έστω κι αν αυτή καθυστερεί.			
27. Οι μαθητές με ΔΕΠΥ χρήζουν της ίδιας διδακτικής προσέγγισης όπως οι άλλοι μαθητές.			
28. Η τροποποίηση του περιβάλλοντος της τάξης (π.χ. διάταξη θέσεων) συμβάλλει στην επιδείνωση της συμπεριφοράς του παιδιού με ΔΕΠΥ.			
29. Ο ρόλος του δασκάλου είναι περιορισμένος στο να βοηθήσει έναν μαθητή με ΔΕΠΥ μέσα στην τάξη.			
30. Η ΔΕΠΥ ανήκει στην κατηγορία των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.			

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠΥ

Για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ πολύ εκφράστε την προσωπική σας γνώμη κυκλώνοντας τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στις απόψεις σας.

1. Η ΔΕΠΥ είναι μια 'καλή' δικαιολογία για την άσχημη/άτακτη συμπεριφορά των παιδιών.						
1	2	3	4	5	6	7
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Μάλλον	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ Μάλλον	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
2. Η ΔΕΠΥ είναι μια μόδα/ένα φαινόμενο της εποχής.						
1	2	3	4	5	6	7
3. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους εάν πραγματικά το ήθελαν.						
1	2	3	4	5	6	7
4. Οι μαθητές με ΔΕΠΥ θα μπορούσαν να τα καταφέρουν καλύτερα στα μαθήματα, εάν μόνο προσπαθούσαν περισσότερο.						
1	2	3	4	5	6	7
5. Η ΔΕΠΥ σε παιδιά σχολικής ηλικίας σχετίζεται με τη μη συνεπή εφαρμογή κανόνων από τους γονείς και συνεπειών για την παράβασή τους.						
1	2	3	4	5	6	7
6. Μερικά παιδιά αναπτύσσουν ΔΕΠΥ επειδή θέλουν να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων.						
1	2	3	4	5	6	7
7. Η ΔΕΠΥ είναι απόρροια προβλημάτων στην οικογένεια, συζυγικών συγκρούσεων ή διαζυγίου.						
1	2	3	4	5	6	7
8. Η ΔΕΠΥ είναι αποτέλεσμα εφαρμογής αναποτελεσματικών στρατηγικών διαπαιδαγώγησης από τους γονείς κατά τη βρεφονηπιακή και προσχολική ηλικία.						
1	2	3	4	5	6	7
9. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ προέρχονται από ανεπαρκή και χαοτικά οικογενειακά περιβάλλοντα.						
1	2	3	4	5	6	7
10. Η διάγνωση ΔΕΠΥ προσφέρει δικαιολογία στους γονείς να αποποιούνται κάθε ευθύνη για τη δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού.						
1	2	3	4	5	6	7

Α. Όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να παίρνουν φάρμακα.

1	2	3	4	5	6	7
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Μάλλον	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ Μάλλον	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα

Β. Οι πληροφορίες στο διαδίκτυο και άρθρα εφημερίδων με κάνουν επιφυλακτικό/-η για τη χορήγηση φαρμάκων στα παιδιά με ΔΕΠΥ.

1	2	3	4	5	6	7
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Μάλλον	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ Μάλλον	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα

Γ. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ θα έπρεπε να διδάσκονται από εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής.

1	2	3	4	5	6	7
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Μάλλον	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ Μάλλον	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα

Δ. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνήθως είναι πιο έξυπνα από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ.

1	2	3	4	5	6	7
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Μάλλον	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ Μάλλον	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα